

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

CRISTIANE RIBEIRO NETTO

**AS AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL EM
TAGUATINGA NORTE A PARTIR DAS INICIATIVAS DO CRAS**

**Brasília – DF
2014**

CRISTIANE RIBEIRO NETTO

**AS AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL EM
TAGUATINGA NORTE A PARTIR DAS INICIATIVAS DO CRAS**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social – SER do Instituto de Ciências Humanas - IH na Universidade de Brasília – UnB, como requisito de obtenção de título de Bacharel em Serviço Social sob a orientação da Prof^a. Dr^a Maria Lúcia Lopes da Silva.

Brasília/DF

2014

CRISTIANE RIBEIRO NETTO

AS AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL EM TAGUATINGA NORTE A PARTIR DAS INICIATIVAS DO CRAS

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social – SER do Instituto de Ciências Humanas - IH na Universidade de Brasília – UnB, como requisito de obtenção de título de Bacharel em Serviço Social sob orientação da Profª. Drª Maria Lúcia Lopes da Silva.

Aprovada pelos membros da banca examinadora em ___/___/_____, com menção _____ (_____).

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Drª. Maria Lucia Lopes da Silva - Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília

Profª. Drª. Rosa Helena Stein Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (Professora Examinadora)	Assist. Social Mirella Martins Oliveira Centro da Diversidade GDF/SEDEST
---	--

Dedico o presente trabalho aos meus amigos e familiares que me incentivaram a prosseguir com meus estudos.

Agradeço a Professora Doutora Maria Lucia Lopes da Silva pelo insubstituível auxílio, a recente amiga Ana Lúcia, e também a professora Doutora Rosa Stein e Mirella Martins por aceitarem o convite para compor a banca avaliadora. E aos meus amigos e familiares por me incentivarem constantemente.

RESUMO

Este trabalho se propôs a refletir sobre as ações de articulação das políticas de seguridade social realizadas pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) Taguatinga Norte, a partir da iniciativa do CRAS Taguatinga Norte. Para isso, foi analisada a elaboração da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, seu cenário e os impactos para a formulação da Seguridade Social e posterior a isso foi feita uma breve reflexão sobre cada uma das políticas que a compõe, em especial a Política Nacional de Assistência Social a qual pertence à Unidade responsável pelas ações de articulação analisadas nesse trabalho. Por fim foi feita uma pesquisa documental tomando por base algumas sinopses que são documentos que fazem o acompanhamento quantitativo dos atendimentos do CRAS Taguatinga Norte, com vista a análise das ações de articulação por iniciativa da referida unidade de atendimento.

Palavras-Chave: Seguridade Social; Ações de Articulação; Desmonte da Seguridade Social.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANC - Assembleia Nacional Constituinte

BPC – Benefício da Prestação Continuada

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado

DF – Distrito Federal

GDF – Governo do Distrito Federal

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome

NOB- Norma Operacional Básica

PAEF - Programa de Atendimento Especializado à Família

PAIF – Programa de Atendimento Integral à Família

PBF – Programa Bolsa Família

PNAS- Política Nacional de Assistência Social

SEDEST – Secretaria de desenvolvimento social e Transferência de renda

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

LBA - Legião Brasileira da Assistência

CUT- Central Única dos Trabalhadores

Centro POP- Centro Especializado em População de rua

PSB - Proteção Social Básica

PSE - Proteção Social Especial

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	52
Quadro 2	55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	54
-----------------	----

SUMÁRIO

RESUMO.....	1
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	2
LISTA DE QUADROS.....	3
LISTA DE GRÁFICOS.....	4
SUMÁRIO.....	5
INTRODUÇÃO.....	6
1 A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL: CONTEXTO DE SURGIMENTO, PROTEÇÕES QUE ABARCA, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES ORIENTADORAS E ORGANIZAÇÃO.....	10
1.1 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: CONTEXTO DE ELABORAÇÃO, PROCESSO CONSTITUINTE, ORIGEM E SIGNIFICADO DA SEGURIDADE SOCIAL.....	10
1.2 A organização da Seguridade Social no Brasil	13
1.3 A organização da Saúde em sistema único e níveis de complexidade	17
1.4 A organização da Previdência Social em forma de Regime Geral.....	23
2 PRINCÍPIOS, DIRETRIZES, OBJETIVOS, ORGANIZAÇÃO E SERVIÇOS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	29
2.1 A recente organização da Assistência Social em sistema único	29
3 A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL NO DF E AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL POR INICIATIVA DO CRAS TAGUATINGA NORTE.....	42
3.1. A assistência social no Distrito Federal	42
3.2. O CRAS Taguatinga Norte: organização, funcionamento e principais ações .	50
CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS.....	59
ANEXOS	63

INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é indispensável para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade de Brasília (UnB).

Pretendeu-se refletir sobre as ações de articulação da Seguridade Social em Taguatinga Norte/Distrito Federal por iniciativa do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS Taguatinga Norte, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2013.

Na perspectiva de desvelar o objeto de pesquisa, e com base nas vivências do estágio curricular, partiu-se da hipótese que as iniciativas de articulação da Seguridade Social em Taguatinga Norte são escassas e pouco efetivas.

Como objetivo geral optou-se por refletir sobre as ações de articulação da Seguridade Social em Taguatinga Norte por iniciativa do CRAS Taguatinga Norte. Esse objetivo geral se desdobrou nos seguintes Objetivos Específicos:

- Identificar as ações de articulação da Seguridade Social por iniciativa do CRAS Taguatinga Norte;
- Entender como essa articulação se insere na rotina desta Unidade de Assistência Social;
- Analisar a organização (encontros sistemáticos ou não sistemáticos) e planejamento (datar encontros) de como é feita a articulação da Seguridade Social por iniciativa do CRAS Taguatinga Norte.

Todos os objetivos específicos serão analisados a partir da iniciativa do CRAS Taguatinga Norte, no período de janeiro de 2011 a dezembro 2013.

A Unidade de Atendimento CRAS Taguatinga Norte foi escolhida por ser a responsável pela política de articulação de redes locais, incluindo as políticas que compõe a Seguridade Social, da localidade Taguatinga Norte – Distrito Federal. Os Centros de Referência de Assistência Social têm as atribuições determinadas pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e tipificadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) nas quais lhes são direcionadas o papel de articulação de suas regionais e promoção da reunião de redes locais: “A equipe do CRAS deve prestar informação e orientação para a População de sua área de

abrangência, bem como se articular com a rede de proteção social local no que se refere aos direitos de cidadania,...” (MDS, 2005, p. 35)

A necessidade de pesquisar este tema surgiu da experiência do estágio curricular, que foi realizada no CRAS Taguatinga Norte, durante o qual se notou que muitos dos beneficiários¹ que procuravam a Assistência Social tinham demandas não atendidas pelas outras Políticas da Seguridade Social. Por isso sentiu-se a necessidade de refletir sobre algumas ações que visam propor um atendimento mais amplo com base em ações conjuntas da Seguridade Social.

Este trabalho justificou-se por existirem poucos estudos sobre a articulação das políticas que compõem a Seguridade Social no Distrito Federal (DF), principalmente em uma realidade local e específica como a de Taguatinga Norte. Compreende-se que o conhecimento da Seguridade Social é basilar ao assistente social já que essa constitui um importante espaço laboral da profissão. A reflexão deste tema é de suma relevância, pois na medida em que as Políticas de Seguridade Social funcionem de forma complementar, articulada e orgânica, a atuação profissional no âmbito destas políticas passa a ter maiores possibilidades de contribuir com a efetivação dos direitos dos cidadãos e cidadãs que procuram estes serviços.

Este estudo teve por base teórica metodológica o método em Marx (apud NETTO, 2009) que oferece categorias como a totalidade, a mediação e a contradição que possibilitaram desvelar o objeto investigado de modo dialético e situado historicamente. Apesar de Marx ter formulado um método para a compreensão da sociedade burguesa, esse método pode ser adaptado para outros objetos de pesquisa mantendo sua forma. Com base nas citações abaixo (NETTO, 2009) é possível entender o método de Marx:

Mas a totalidade concreta e articulada que é a sociedade burguesa é uma totalidade dinâmica _ seu movimento resulta do caráter contraditório de todas as totalidades que compõem a totalidade inclusiva e macroscópica. (NETTO, 2009, p. 57)

Enfim, uma questão crucial reside em descobrir as *relações* entre os processos ocorrentes nas totalidades constitutivas tomadas na sua diversidade e entre elas e a totalidade inclusiva que é a sociedade burguesa. Tais relações nunca são diretas; elas são mediadas não apenas pelos distintos níveis de complexidade, mas, sobretudo, pela estrutura peculiar de cada totalidade. Sem os sistemas de *mediações* (internas e

¹ Esse termo tem sido adotado na Secretaria de Assistência Social e Transferência de Renda.

externas) que se articulam tais totalidades, a totalidade concreta que é a sociedade burguesa seria uma totalidade indiferenciada_ e a indiferenciação cancelaria o caráter do concreto, já determinado como “unidade do diverso”. (NETTO, 2009, p.57,58)

Foi seguindo esse Método que se buscou entender a totalidade, as contradições e as mediações do Objeto: ações de articulação da Seguridade Social em Taguatinga Norte/Distrito Federal por iniciativa do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS Taguatinga Norte no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2013.

Tratou-se de uma pesquisa documental em que foram adotados os seguintes procedimentos metodológicos:

- Revisão bibliográfica detalhando como a Política de Seguridade Social foi instituída e se consolidou quanto à maneira em que as políticas que a compõe (Saúde, Previdência Social e Assistência Social) organizaram-se de modo separado.
- Posteriormente foi detalhada a legislação acerca da Seguridade Social, com vista a mostrar a dificuldade de sua implementação. Nesse momento do estudo é possível captar parte da totalidade, mediações e contradições do objeto estudado.
- Num terceiro momento foi utilizado, como fonte de apoio complementar, notícias extraídas do site da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda do Distrito Federal/SEDEST. As informações do site forneceram alguns indícios de datas e registros para o aprofundamento da pesquisa de dados. Por exemplo, a notícia de alguma reunião celebrada pode indicar a produção de documento específico a ser utilizado como fonte de dados.
- Por fim, foi realizada uma análise documental do CRAS Taguatinga Norte tomando por base as sinopses de atendimento, as convocações de reunião de rede, os registros das reuniões e outras ações que contam com a presença de representantes das Políticas da Seguridade Social.

É importante ressaltar que, apesar da pesquisa pretender analisar as ações registradas no período de 2011 a 2013, não foi possível obter os dados desse período porque os documentos autorizados para acesso pela coordenadora do CRAS não constavam registros das ações realizadas nesses anos. Apenas os registros da unidade referentes aos meses de Janeiro, fevereiro e Março do ano

de 2014 foram o objeto desta pesquisa. O principal documento analisado desse último período foi a SINOPE de atendimento que é o principal instrumento de monitoramento das atividades do CRAS.

Foram traçados pontos norteadores para a reflexão das ações que tiveram a iniciativa do CRAS Taguatinga Norte, elencados abaixo:

- Qual foi a ação proposta pelo CRAS Taguatinga Norte?
- Data do contato com a instituição com a qual se pretendeu desenvolver ação de modo conjugada.
- Qual a finalidade do contato: participação em reunião de rede, um dia de atuação conjunta ou outra ação?
- Quais os objetivos pretendidos?
- A instituição solicitada respondeu ao contato?
- Que ação foi realizada?
- Quais foram os resultados alcançados? Atenderam aos objetivos iniciais? Superaram?

Este trabalho é composto por essa Introdução e posteriormente dividido em três capítulos. O capítulo primeiro (A Seguridade Social no Brasil: contexto de surgimento, proteções que abarcam princípios e diretrizes orientadoras e organização) teve por objetivo situar a origem da Seguridade Social no Brasil e sua posterior organização a partir de 1988. Pretendeu-se também situar a composição da Seguridade Social: Saúde, Previdência Social e Assistência Social.

No segundo capítulo (Princípios, diretrizes, objetivos, organização e serviços da Assistência Social) foi explicitado o funcionamento, a organização, a regulamentação da Assistência Social e os serviços que os níveis de proteção abarcam, bem como a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), a Norma Operacional Básica (NOB/SUAS-2005) e a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Tudo isso focando na compreensão da organização da Assistência Social num Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

No terceiro capítulo (A organização da assistência social no DF) foi feito um panorama do funcionamento, da gestão e da regulamentação da Assistência Social no Distrito Federal, culminando no funcionamento e dinâmica do CRAS Taguatinga Norte.

Por fim foi feita a reflexão acerca das ações de articulação do CRAS Taguatinga Norte – Distrito Federal.

1 A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL: CONTEXTO DE SURGIMENTO, PROTEÇÕES QUE ABARCA, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES ORIENTADORAS E ORGANIZAÇÃO

Este capítulo tem por objetivo debater o contexto de luta contra a ditadura militar, pela retomada das liberdades individuais e coletivas, ampliação dos direitos sociais, a convocação do Congresso Constituinte e a importância da participação popular nos avanços sociais, especialmente em relação à Seguridade Social. Complementando, pretende-se analisar a organização da Seguridade Social e sua legislação.

É necessário analisar o histórico de cada uma das políticas que compõem a Seguridade Social razão pela qual este capítulo está dividido em seções. Justifica-se que a Assistência Social não possui uma seção porque o segundo capítulo será destinado exclusivamente a sua análise.

A destinação do segundo capítulo à Assistência Social deve-se ao fato dessa ser um conteúdo essencial para a compreensão do objeto de pesquisa.

1.1 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: CONTEXTO DE ELABORAÇÃO, PROCESSO CONSTITUINTE, ORIGEM E SIGNIFICADO DA SEGURIDADE SOCIAL

Para entender a Seguridade Social brasileira, é necessário compreender seu contexto de surgimento. Segundo Boschetti (2008), a “transição pactuada” que ocorreu entre o regime militar e a democracia teve consequências na formulação da Seguridade Social, na década de 80. Uma delas foi a “permanência de uma elite política no governo” (p. 100) que sustentou uma eleição indireta, apesar da grande pressão popular, cujos partidos de direita e centro (Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB, Partido da Frente Liberal – PFL e Partido Democrático Social – PDS) compuseram a Frente Liberal que foi responsável pelo apoio ao governo civil de José Sarney. Essa Frente, no entanto, entrou em colapso devido a disputas internas e a uma crise econômica e social.

Boschetti (2008) num resgate histórico do contexto posterior à ditadura, destaca a “mudança sem rupturas”, a “transição pactuada”, onde a permanência de uma elite política garantiu que os militares permanecessem representados.

Ainda tomando por base a autora supracitada, além da marcante presença militar, os partidos de direita (PMDB, PFL e PDS) se organizaram em uma aliança que tinha, como candidatos, Tancredo Neves para presidente e José Sarney como vice. Essa aliança elegeu seus candidatos e, após a morte de Tancredo Neves, José Sarney assumiu a presidência.

O governo de Sarney foi marcado por uma grave crise inflacionária e pela tentativa de implementação de planos para estabilizar a moeda. Contudo, fracassaram. Além dessa crise econômica, a autora ressalta, que:

No âmbito político, as diferenças e mesmo contradições entre os partidos que integram a Aliança democrática praticamente imobilizam o governo. [...]

A Aliança que permitiu que os partidos de oposição ao regime militar egessem o presidente e a maioria dos governadores começou a se romper e aniquilou a possibilidade de instituição de uma reforma ampla e democrática do Estado brasileiro. (BOSCHETTI, 2008, p. 101).

Boschetti (2008) explica que, somando à grande disputa política, a “crise econômica e social” compôs o contexto de elaboração da Seguridade Social e do retorno à democracia, estimulando a participação de amplos setores da sociedade, compostos por movimentos populares, sindicais e representantes do governo. Dos debates desses setores, obteve-se a Seguridade Social.

Ainda no que se refere ao contexto da retoma das liberdades políticas individuais e coletivas, a disputa política e a pressão dos movimentos sociais e sindicais exigiram a abertura de um espaço para a participação popular no Congresso Constituinte ocorrido entre 1987 e 1988, marcado por um momento de ampla ascensão dos movimentos populares.

Souza (2001), pontua que foram criadas duas formas de participação popular: por Projeto de Lei, com a assinatura de pelo menos trinta mil eleitores, ou por meio de cartas. Ressalta a inovação desta participação externa no Congresso Constituinte, dentro dos que poderiam enviar propostas:

[...] estavam os Legislativos estadual e municipal, o Judiciário e os cidadãos, estes últimos, via emendas populares, que deveriam ser assinadas por, no mínimo, 30.000 eleitores, sob a responsabilidade de três entidades da sociedade civil. Esses mecanismos foram introduzidos no regimento como parte da negociação entre os diversos grupos da ANC, buscando aumentar a chamada participação cidadã e evitar o isolamento

dos constituintes. Outro mecanismo de participação foi o que permitiu aos cidadãos mandar sugestões diretamente para os constituintes via a rede dos correios. (SOUZA, 2001, p. 519).

De acordo com Souza (2001), a composição da Assembleia Nacional Constituinte (ANC)² era 80% de parlamentares do PMDB e do PFL e 9,5% de partidos que a autora considera como mais progressistas (Partido Democrático Trabalhista – PDT, Partidos dos Trabalhadores – PT, Partido Comunista do Brasil – PCdoB e Partido Comunista Brasileiro – PCB). Essa composição também é um dos fatores que ajuda a explicar o modelo híbrido de Seguridade Social, resultante da Constituição Federal de 1988. A presença dos movimentos sociais, somada à dos partidos progressistas, garantiu conquistas à classe trabalhadora, ainda que limitadas pela ação da ala de direita e dos representantes do Capital.

No que concerne à formação da Assembleia Constituinte, Boschetti (2008) explica sua estrutura: era composta por oito comissões, que se dividiam, cada uma, em três subcomissões, o que resulta em 24 subcomissões. Elaboravam os dispositivos constitucionais, que seriam os futuros artigos, e os organizavam por tema. Depois, enviavam os pré-projetos para aprovação e organização dos capítulos nas comissões. Em seguida, esses pré-projetos eram votados no plenário, onde poderiam ser submetidos a emendas e pequenas alterações.

Os trabalhos obedeceram à seguinte lógica: as 24 comissões elaboraram os dispositivos constitucionais (futuros artigos), que eram divididos por temas. Aprovados nessas subcomissões, os pré-projetos correspondentes aos temas foram enviados às oito comissões, que os reorganizaram por temática segundo os capítulos da Constituição. Após sua aprovação pelos parlamentares membros, os projetos de cada comissão foram encaminhados à comissão de sistematização, a quem incumbiu organizá-los em títulos, a fim de elaborar um primeiro projeto de Constituição. (BOSCHETTI, 2008, p. 145).

Após esse processo de aprovação dos capítulos e de conteúdo, o Bloco conhecido como “Centrão” garantiu uma forma de alteração dos conteúdos, fato fez que muitos avanços já conquistados nas votações das comissões, retrocedessem.

Conforme Boschetti (2008, p. 168), o “Centrão” era um “bloco que congregava vários parlamentares de centro-direita que assumiu a postura expressa de votar contra os dispositivos que não correspondessem aos interesses do governo e das forças de direita”. E mais:

² Existem contradições sobre a existência da Assembleia Nacional Constituinte (ANC) ou simplesmente o Congresso Constituinte. Contudo a autora citada utiliza o termo ANC para referenciar aquela atividade

Com a intenção expressa de revisar e modificar inteiramente o projeto da Comissão de Sistematização, o Centrão apresentou e aprovou, no final de 1987, uma proposta de alteração do regimento da Assembleia constituinte. Na versão original do regimento, os parlamentares podiam apresentar emendas que modificassem pontualmente a redação e o conteúdo dos artigos do projeto de constituição, mas não podiam apresentar propostas que alterassem os capítulos inteiros da constituição, desde que assinados pela maioria absoluta dos legisladores. (BOSCHETTI, 2008, p. 168).

Portanto, a Seguridade passa por um processo de desmonte que se iniciou imediatamente após a sua aprovação na Constituição de 1988. Posterior a sua elaboração final, segundo Monnerat *et al.* (2011), cada uma das políticas que compõem a Seguridade Social foi se regulamentando separadamente, o que contribui diretamente para a sua desarticulação.

As disputas dos partidos liberais de direita e dos movimentos privatistas com partidos e movimentos progressistas, levaram a apresentação da Seguridade Social na Constituição Federal de 1988 como sendo um “conjunto integrado de ações”, de iniciativa do poder público e da sociedade, com a finalidade de promover os direitos relativos à Saúde, Previdência Social e Assistência Social (SILVA, 2012), ou seja, na opinião da autora:

[...] o significado de Seguridade Social expresso na Constituição brasileira em vigor, não obstante algumas corrosões devido à ofensiva neoliberal, afina-se com a visão beveridgiana e da OIT, orientando o poder público a organizar um sistema amplo e coeso de proteção social. O objetivo é assegurar direitos relativos a saúde, previdência e assistência social, com base em princípios que promovam a cidadania e um padrão de vida considerado satisfatório. Um sistema com fontes de financiamento de base diversificada, que realize seus gastos obedecendo aos fins que lhe são próprios, respaldado em um orçamento único, elaborado pelos órgãos que o compõem. Um sistema gerido de forma democrática, que alcance universalmente a população brasileira. Mas, essa orientação constitucional não foi seguida pelo poder público. Não existe, no Brasil, um sistema coeso e consistente de seguridade social instalado (SILVA, 2012, p.143)

É sobre a organização deste sistema, após a aprovação da Constituição Federal de 1988, que trata o item a seguir. Essa análise é fundamental para a compreensão e fundamentação teórica de nosso objeto de pesquisa.

1.2 A organização da Seguridade Social no Brasil

Acerca do modelo de seguridade proposto pela Constituição Federal de 1988, algumas características são imprescindíveis de serem analisadas e destacadas. A Seguridade Social é expressa na Constituição, artigo 194, como um

conjunto integrado de ações na tentativa de compor um sistema amplo de proteção social (SILVA, 2012), que abrange a Saúde, Previdência Social e Assistência Social (Id.Ibid). Importante ressaltar que esse artigo divide a função de gestão e organização da Seguridade entre o Estado e a sociedade, mas é de competência do poder público sua implementação.

Com relação às definições de cada política social da Seguridade, a Saúde é compreendida como “direito de todos e dever do Estado”; a Previdência Social mantém o caráter contributivo, em que têm acesso aos seus benefícios os contribuintes do sistema; por fim, à Assistência Social é assegurado um caráter não contributivo, contudo seletivo – “a Assistência será prestada a quem dela necessitar”.

Os objetivos da Seguridade Social propostos na Constituição Federal de 1988 asseveram a ligação orgânica entre as três políticas, são eles:

universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade de participação do custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos órgãos colegiados (BRASIL, art. 194 CF/1988)

Silva (2011. p. 142) explica que esses objetivos “são tomados como norteadores para o poder público organizar a Seguridade Social como um sistema de proteção social”. Destaca que o objetivo mais destoante é o que menciona a seletividade e distributividade, pois, segundo a autora, a presença desse abriu possibilidade de implementá-lo também na Previdência e na Saúde. Sabe-se, entretanto, que a presença desse objetivo trouxe para estas uma restrição que já estava presente na Assistência. Por isso, contribuiu para reforçá-lo também na Previdência.

Prosseguindo na análise do artigo 194, o inciso II, incorpora uma demanda antiga dos movimentos dos trabalhadores rurais: a equiparação entre as populações urbanas e rurais, fato que representa um avanço rumo à superação das extremas desigualdades entre esses trabalhadores. No inciso IV, é colocada a irredutibilidade dos valores do benefício, o que representa outro avanço no sentido de prevenir as perdas advindas dos acúmulos inflacionários e também a equiparação dos benefícios com o salário mínimo.

O inciso VI coloca a importância do financiamento para a manutenção da Seguridade, de modo que se faz necessária a estruturação de uma base de financiamento para viabilizar a implementação dessa Política. No inciso VII, é definida a gestão quadripartite “com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados” (BRASIL, 1988, art. 194, inciso VII). Ressalta-se o caráter democrático desse inciso, que é um reflexo da participação popular na organização da Seguridade.

O artigo 195 ainda trata da Seguridade Social e dá enfoque especificamente no financiamento determinando que será financiada por toda a sociedade de forma indireta e direta, onde empresa, pessoa física, trabalhador e Estado contribuem para a Seguridade.

Art. 195

(...)

§ 2º - A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos. (BRASIL. Constituição, 1988).

Nota-se que a Constituição Federal prevê a proposta de elaboração de um orçamento integrado entre as políticas de Seguridade. Para cumprir tal princípio, é necessário que as políticas dialoguem entre si e atuem de modo combinado.

O inciso V do artigo 194 da Constituição Federal de 1988 determina que nenhum benefício pode ser criado ou estendido sem uma fonte de custeio. A intenção do inciso não é apenas a garantia de financiamento, pelo contrário, está em assegurar direitos às pessoas que não têm condições de contribuir com a Previdência. Essa preocupação levou a criação do inciso VIII que trata da possibilidade de estabelecer novas formas de contribuição para pessoas que trabalham na informalidade, que tenham baixo nível de renda ou que se insiram economicamente em regime de agricultura familiar.

Este último inciso se mostra bastante progressivo na medida em que amplia o grau de cobertura da Previdência a setores outrora ignorados pela regulamentação estatal. Ele rompe com características arraigadas na Previdência que restringiam o acesso previdenciário apenas às categorias com visibilidade econômica, deixando descobertos trabalhadores autônomos e subempregados.

§ 8º - O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais e o pescador artesanal, bem como os respectivos cônjuges, que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, contribuirão para a seguridade social mediante a aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da produção e farão jus aos benefícios nos termos da lei. (BRASIL, Constituição, artigo 195,1988).

Por fim, a Seguridade Social a partir da Constituição de 1988 passa a ser composta pelas políticas de Assistência Social, Previdência Social e Saúde na tentativa de estruturar um sistema amplo de proteção social, com divisão das responsabilidades entre sociedade e Estado, com uma composição mista, ou seja, com políticas públicas e universais. Apresenta os avanços da equiparação das populações urbanas e rurais, a condição dos benefícios não poder ser inferior ao salário mínimo, e a extensão de novas possibilidades de contribuição para setores mais precarizados.

Cabe destacar aqui, conforme Pereira (2012), que tanto a formulação e a implementação da Seguridade Social brasileira se inserem em “um momento histórico adverso” (Pereira, 2012, p.5) que se iniciou nos anos de 1970 com a crise estrutural do capital que perdura até a atualidade. No momento em que os países europeus já atentam contra os direitos sociais rumo à construção de um Estado mínimo para o social, o Brasil passa pelo processo de reconhecimento desses direitos e ampliação do Estado. Ressalta-se que esse contexto trouxe influências para as políticas sociais brasileiras de maneira geral incluindo a Seguridade Social.

Pereira (2012) afirma que a política social a partir desse contexto passa a ser direcionada pela lógica neoliberal. Analisa que as tendências as quais as políticas sociais se submetem são expressas nas seguintes consignas:

Do livre mercado; das privatizações do patrimônio público; da flexibilização laboral; da negação dos direitos sociais; da substituição das políticas universais pelas focalizadas; da transformação da seguridade social em simples seguro, com descarte da assistência; e da primazia do mérito empreendedor dos indivíduos em detrimento dos direitos. (PEREIRA, 2012, p. 737)

Esse contexto adverso fez com que a atual estruturação da Seguridade não atendesse aos avanços propostos na sua formulação “nenhuma das três políticas que compõem o conjunto da Seguridade Social brasileira foi implementada, como previsto na Lei Maior” (PEREIRA, 2012, 740)

Com base em Pereira (2012), no período pós-constituição, os governos de Collor, FHC e Lula implementaram medidas que se confrontavam com o previsto na Constituição.

No governo de Collor foi reafirmado o tratamento fragmentado às políticas, onde ele “desfigurou o orçamento” da Seguridade utilizando seus recursos para outras áreas. Também adiou a implementação de alguns benefícios previdenciários, vetou trechos do Sistema Único de Saúde relacionados ao financiamento e participação popular, vetou a promulgação da lei orgânica da Assistência Social durante seu governo.

O governo de FHC fez um esboço da reforma da Previdência. A implementação da Assistência foi delegada ao trabalho voluntário. Porém, o que mais prejudicou a Seguridade foi a desvinculação de Receitas da União (DRU).

Por fim, o governo de Lula, por ser de conciliação de classes e frente popular permitiu a manutenção e aprofundamento da política econômica de FHC.

Neste bojo, os danos e avanços em cada Política da Seguridade merece detalhamento para facilitar a compreensão da desarticulação entre si, desde a sua regulamentação.

1.3 A organização da Saúde em sistema único e níveis de complexidade

Antes de se analisar a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, será necessário fazer um breve resgate histórico do contexto anterior a sua regulamentação. Segundo Bravo (2006), a intervenção estatal na saúde brasileira se constituiu como pauta do movimento operário nos últimos anos do século XIX e passou a ocorrer no século XX, a partir da década de 30.

De acordo com a autora, a Lei Eloy Chaves, de 1923, regulamentou as Caixas de Aposentadoria (CAPs) e abordou a questão de saúde e higiene do trabalhador. Em 1930, instalou-se uma conjuntura que possibilitou a criação e a ampliação de políticas sociais.

Referente a esse período, a autora divide a organização da saúde em setor de saúde previdenciária e de saúde pública. O primeiro setor prevalece até meados de 1960 com ações sanitárias mínimas, e a saúde pública, a partir de 1966. Ainda conforme Bravo, na década de 1930, com a criação dos institutos de aposentadoria e pensão, expandiu-se a medicina previdenciária para diversas categorias. É

interessante ressaltar que a história da saúde está intimamente ligada à história da previdência, já que os institutos de aposentadoria concediam acesso tanto à previdência como à saúde.

Para Bravo (2006), no período de 1945-1950, consolidou-se o perfil de saúde apresentado em 1930, quando foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). As mudanças e melhorias ocorridas entre 1945 e 1964 não foram suficientes para sanar os problemas mais primordiais da saúde, ou seja, antes da Constituição de 1988 o direito à Saúde e à Previdência Social era devido, quase que exclusivamente, aos trabalhadores assalariados.

Nos anos de 1950, a estrutura dos hospitais privados estava estabelecida e começava a pressionar o Estado em busca de financiamento e na tentativa de fazer prevalecer um modelo privado de saúde.

Bravo (2006), ressalta que, o modelo privado prevaleceria a partir de 1964. Antes disso, o modelo que prevaleceu na saúde foi o do atendimento prestado pelos Institutos. Situa o período de 1974 a 1979 como o ápice de uma constante disputa entre os interesses privados, públicos e sociais. O movimento sanitário começara a ganhar visibilidade, mas prevalecia o modelo de financiamento hospitalar por meio dos institutos e uma disputa de setores privados do grande capital por mais espaço no setor da saúde. Nesse contexto, tornaram-se evidentes as “contradições no sistema de saúde nacional” (*Idem*, 2006, p. 95).

Mendes (2011) aponta que nos anos 1970, foi esgotado o modelo do “médico-assistencial privatista” em que a lógica de atendimento não supria as carências de saúde da população. As práticas de saúde se baseavam em uma lógica curativa e reabilitadora, onerosa e de difícil expansão e implementação. Relata que o final da década de 1970 é marcado uma efervescência cultural e política em que emergem vários movimentos sociais e organizações de entidades e organização da sociedade civil em geral. A organização desses movimentos se dava em torno da oposição à ditadura e na luta pela retomada das liberdades individuais e políticas.

Neste contexto político somado à crise econômica, surgiu o debate que contou com a presença da sociedade civil, do movimento sanitário, de entidades representativas dos profissionais da saúde e de partidos políticos de oposição. Essa discussão foi considerada por Bravo (2006) como o rompimento com o cooperativismo, rumo à construção de uma saúde pública e de qualidade.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual coletiva; descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a descentralização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os conselhos de saúde. (BRAVO, 2006, p. 96).

Segundo Escorel (2008) um fato marcante para a regulamentação do Sistema Único de Saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que contou com a representação de movimentos sociais, associações de bairro, com a presença dos trabalhadores da saúde e do movimento sanitário. Essa Conferência representa um marco, porque considera a saúde de forma universal e oficializa a visão do Sistema Único com vistas a uma reforma sanitária.

Ressalta que foram validados os princípios da Reforma Sanitária e ficou visível que as mudanças na política de saúde não seriam uma simples “reforma administrativa”. De fato foram muito mais amplas, pois a forma como estava organizada sofreu alteração significativa. O acesso ao atendimento que anteriormente era apenas para contribuintes diretos da Previdência, passa a ser universal e os serviços de saúde, a compor um sistema organizado por níveis de complexidade.

No clamor da reforma sanitária iniciou-se o debate deste conteúdo na Constituição. Nesse contexto as reflexões apresentadas serviram de base para a formulação de um sistema único de saúde.

A Constituição Federal de 1988 vem definir os principais pontos da saúde, como destaca Teixeira (*apud* Bravo, 2006, p. 97): a saúde universal é dever do Estado; a não discriminação entre o segurado e não segurado e os usuários do setor urbano e rural; as ações de regulamentação da saúde passam a ser geridas exclusivamente pelo Estado; a participação do setor privado torna-se complementar, e o Estado não pode financiá-lo; as instituições filantrópicas têm prioridade de complementação sobre as privadas; e, por fim, é proibida a comercialização de sangue.

Escorel *et al.* (2008) esclarece que, na Constituição Federal de 1988, art. 196, é adotado o conceito ampliado de saúde, em que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à

redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988).

Porém, há um hiato entre a aprovação da Constituição Federal de 1988 e a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), que se inicia, com a Lei 8.080 de 1990, e passa por várias fases para que seja implementado, nos termos previstos.

De acordo com a legislação vigente, o SUS está organizado com base em treze princípios, quais sejam:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Todavia, neste trabalho, serão ressaltados apenas três princípios: universalidade, integralidade e descentralização. Conforme Escorel *et al.* (2008), a universalidade refere-se, dentre outras coisas, ao acesso de todos em todos os níveis de complexidade. A integralidade, a um conjunto articulado de ações no âmbito de prevenção e tratamento de doenças. Quanto a esse aspecto, Escorel (2008) ressalta a necessidade de haver articulação da Política de Saúde com as demais políticas da Seguridade. Com relação à descentralização, a questão está no aumento da responsabilidade dos entes federados.

A Lei 8.080/1990, Lei Orgânica da Saúde, organiza o SUS “de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente”. Já a Norma Operacional Básica de 1996 ressalta a previsão do atendimento em níveis de

atenção à saúde, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo.

A promoção da saúde e prevenção “visam à redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-lhes incapacidades e doenças” (BRASIL, 1990, p. 9). O conceito de promoção também abrange o conceito ampliado de saúde, que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é caracterizada por “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de doenças ou enfermidades”.

O documento ABC do SUS (1990) exemplifica que tipos de ações representam a promoção: “educação em saúde, bons padrões de alimentação e nutrição, adoção de estilos de vida saudáveis, uso adequado e desenvolvimento de aptidões e capacidades, aconselhamentos específicos, como os de cunho genético e sexual” (BRASIL, 1990, p. 9).

As ações de proteção são conceituadas no documento como “medidas dirigidas à prevenção e ao controle das doenças e agravos à saúde”. Nessa previsão, estão as seguintes ações: “vigilância epidemiológica, vacinações, saneamento básico, vigilância sanitária, exames médicos e odontológicos periódicos, entre outros” (BRASIL, 1990, p. 9).

No âmbito das ações de recuperação, são previstas:

[...] ações que envolvem o diagnóstico e o tratamento de doenças, acidentes e danos de toda natureza, a limitação da invalidez e a reabilitação. Essas ações são exercidas pelos serviços públicos de saúde (ambulatoriais e hospitalares) e, de forma complementar, pelos serviços particulares, contratados ou conveniados, que integram a rede do SUS, nos níveis federal, estadual e municipal, particularmente nos dois últimos, em que deve estar concentrada a maior parte dessas atividades. (BRASIL, 1990, p. 9-10).

Bravo (2006) sinaliza que, mesmo com a incorporação de pontos de grande significado para os trabalhadores, a questão dos medicamentos não foi tão progressiva, já que na lei consta “apenas a função do sistema de saúde para fiscalizar a produção dos medicamentos” (BRAVO, 2006, p. 98). A autora sinaliza, ainda, que uma reivindicação também muito progressiva no que concerne à saúde do trabalhador era a possibilidade de poder se recusar a trabalhar em caso de insalubridade e também de ter acesso a informações sobre toxicidade dos produtos que manipula.

Na contramão do que foi regulamentado no SUS, nos anos 90, com a difusão do neoliberalismo, consolidou-se uma tendência de redução do Estado. Bravo (2006) ressalta a “reforma” da Previdência como um símbolo dessa expansão, pois essa “reforma” evidenciou a visão da Previdência como seguro e a tendência de desmonte da Seguridade Social.

O cenário favoreceu a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, que provocou um retrocesso na implementação de todas as Políticas Sociais. O Plano considerava a sociedade civil e o mercado como os responsáveis por implementar ações sociais. De forma geral, a expansão do neoliberalismo é causa primária de uma série de precarizações nas Políticas Sociais.

Contextualizando Bravo (2006), a autora Cohn (2005), explica que no período de 1990, os países latinos passam pela decadência dos modelos desenvolvimentistas que não foi capaz de sustentar uma taxa de crescimento econômico, nem de combater as desigualdades sociais e pobreza.

Bravo (2006) também observa que os princípios do SUS foram claramente ignorados, visto que ocorreu a refilantropização da Saúde e de outras Políticas Sociais reforçados na implementação do Plano Diretor.

Essa autora propõe o debate no sentido de se contrapor dois modelos de Saúde, um privatista e o outro em consonância com o projeto da Reforma Sanitária. O primeiro indica pequenas intervenções na área da Saúde para aqueles que não podem pagar e a expansão dos planos de saúde para quem tem acesso ao mercado. Já o segundo prevê a expansão e a consolidação do SUS.

Concordando com o primeiro projeto apresentado por Bravo (2006), Cohn (2005) explica que na década de 90 as Políticas Sociais passam por processo de focalização onde os recursos financeiros são reduzidos. Porém esse pode assumir enfoques diferentes do neoliberal:

(...) a focalização no caso da saúde contemplar na sua essência também outros sentidos que não aquele tradicionalmente atribuído ao repertório neoliberal e privatizante das reformas: necessariamente ela não está referida exclusivamente aos mais pobres, mas está referida também a focos específicos a serem atingidos para a solução de um determinado problema específico (...) (Cohn, 2005,p. 394)

Outra perspectiva do termo focalização:

(...) A segunda delas diz respeito ao fato de a focalização significar políticas de ação reparatória para restituir a determinados grupos sociais o acesso efetivo a serviços essenciais (e não só básicos) e, com isso, configurando-

se em direitos universais que, enquanto tais, tornam os cidadãos formalmente iguais, quando na prática não o são. Nesta observação, a focalização estaria significando um requisito para universalidade". (idem, 2005, 394)

Por fim, analisa-se também o perfil da Saúde durante governo Lula. Bravo (2006), descreve a política de saúde durante este governo e sinaliza mais retrocessos do que avanços, apesar de algumas medidas progressivas, como a criação, no Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPE. Ela destaca que a 12ª Conferência Nacional de Saúde não promoveu um reordenamento da Saúde rumo ao Projeto da Reforma Sanitária, e sim uma fragilização dos debates colocados na 8ª Conferência.

Espaços de discursão política como as conferências fortaleceram os debates internos da saúde e apesar desses espaços serem de suma importância neles se consolidaram uma tendência de compreender a saúde de maneira isolada das demais políticas da seguridade e isso contribuiu para uma não consolidação da seguridade social de maneira integrada.

Do ponto de vista da saúde, área que historicamente apresenta maior acúmulo em termos da experiência política, durante todo o período recente de consolidação institucional do SUS, não foi dada prioridade à implementação de estratégias de construção de um sistema de seguridade social, o que poderia ter ocorrido, mediado pela diretriz da intersetorialidade, presente no ideário da reforma sanitária. (MONNERAT, 2011, P. 44)

Identifica-se na Rede HumanizaSUS, uma rede de colaboração para a humanização da gestão e da atenção no SUS, a intenção da integração da Saúde com outras políticas públicas, contudo sem observar sua efetividade.

1.4 A organização da Previdência Social em forma de Regime Geral

Inicialmente, é necessário fazer um breve histórico de como era a proteção previdenciária anterior à Constituição Federal de 1988. Esse resgate será feito no primeiro momento, com base na pesquisa histórica da autora Boschetti (2008).

A proteção previdenciária, antes da República, restringia-se às Caixas de socorro de algumas categorias profissionais públicas.

Estas Caixas foram regulamentadas pela Lei Eloy Chaves, ponto de partida do regime previdenciário e evoluíram, em 1938, para Institutos organizados por

categoria profissional. Alvarenga (2005) apresenta o debate da Previdência de então como corporativista por conta da sua ampliação por demandas de categorias.

Para Boschetti (2008), a partir do ano de 1930, o governo Vargas criou uma série de mudanças na proteção social trabalhista. A primeira delas foi a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Além disso, sancionaram-se leis que regulamentavam o trabalho de menores, o trabalho feminino e a proteção às trabalhadoras gestantes. Os Institutos passaram a contar também com o financiamento estatal. Deve-se ressaltar que as categorias profissionais não dotadas de prestígio econômico, tampouco os desempregados, subempregados e trabalhadores rurais permaneceram à margem da regulamentação previdenciária e não contavam com qualquer tipo de benefício ou proteção.

Boschetti (2008) resalta três características primordiais da regulamentação previdenciária durante o governo de Vargas: o controle dos sindicatos, o controle da regulamentação das profissões e a implementação da carteira de trabalho. A primeira característica resalta a redução dos sindicatos a meros clubes de recreação, pois esses, em 1931, tornaram-se subordinados ao Ministério do Trabalho e perderam grande parte da sua capacidade de reivindicação. A segunda se deve ao fato de que, para ter acesso aos Institutos, as categorias precisavam ter uma regulamentação profissional que dependia do Estado, ou seja, teriam acesso à Previdência aquelas categorias que o Estado tivesse interesse em regulamentar. Por fim, a terceira característica trata da restrição do acesso à Previdência fundamentalmente àqueles que possuíam a carteira de trabalho assinada.

O governo de Vargas tomou medidas com vistas a reduzir o poder de participação e de decisão dos trabalhadores no que tange à administração dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). A direção desses passou a ser executada por um indicado pelo presidente, e as instâncias deliberativas eram completamente subordinadas a essa direção.

Oliveira e Teixeira (1985) consideram que a Previdência do período pós-45 até a Constituinte mantém uma tendência à ambiguidade entre a contenção e a expansão dos benefícios previdenciários. No período de expansão, contudo, não se debate questões como a garantia do financiamento e a cobrança de dívidas da União e dos empregadores. Esse fato aprofunda aquilo que será chamado de “crise financeira da Previdência Social”.

Esses autores consideram que, em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) uniformizou a Previdência “no padrão dos melhores IAPs” (*Idem*, 1985, p. 155). A LOPS estende aos segurados um conjunto de benefícios e serviços. Essa Lei instituiu, quanto ao financiamento, que os empregados e os empregadores deveriam contribuir com 8% do salário do trabalhador, e a União deveria contribuir a partir do cálculo sobre os gastos com administração e pessoal. Ainda segundo Oliveira e Teixeira (1985), em 1954, um decreto legislativo anistiou os empresários com dívida com a Previdência.

Segundo Moreira, 2005, durante os anos de regime militar, houve a expansão da proteção social a uma parcela da população anteriormente excluída. Ainda segundo ela, a previdência seguia uma lógica compensatória, e, ainda nesse contexto, houve uma expansão de programas sociais.

Moreira (2005) observa que, enquanto nos países de capitalismo avançado surgiam as primeiras críticas ao *Welfare State*, no Brasil a Previdência sofria uma ampliação. Ressalta a contradição de o Brasil estar passando pelo processo de esgotamento, decorrente do fim do “milagre econômico”, com

[...] o aumento da inflação, aumento do desemprego e da pobreza, recessão acentuada num cenário também marcado pelo aumento da pressão popular para o restabelecimento das liberdades democráticas, com novos sujeitos sociais se expressando no cenário político através da organização sindical e popular. (MOREIRA, 2005, p. 29).

Ainda Moreira (2005), os anos 80 molda um período de efervescência de movimentos democráticos. Cita o exemplo da criação do Partido dos Trabalhadores (PT) e da Central Única dos Trabalhadores (CUT). Resume que “vivenciamos o processo de ‘abertura política’ com o movimento pelas ‘Diretas Já’ para presidente da República; a instalação da Assembléia Nacional Constituinte e a elaboração da Carta Constitucional, concluída em outubro de 1988”. (MOREIRA, 2005, p. 29).

No período de retorno à democracia, durante a ANC, foi criado um Grupo de Trabalho (GT) com vistas a definir a nova legislação previdenciária. Boschetti (2008) define que a composição do GT era majoritariamente de técnicos da Previdência e representantes do governo.

A tendência tecnicista desse GT trouxe significativos retrocessos. Dentre eles, está a restrição do acesso à Previdência apenas a contribuintes diretos, colocando a margem, uma parcela da população que está subempregada ou

desempregada. Ressalta-se, assim, o caráter de elegibilidade, pois os aptos ao trabalho acessam a Previdência e os inaptos acessam a Assistência Social.

A forma como os movimentos foram se consolidando determinou o projeto da Seguridade Social. A autora cita o exemplo da Saúde, que por contar com um movimento social amplo e estruturado, como o movimento sanitário, consegue conquistas mais progressivas. Já a Previdência, que tinha um debate mais restrito ao sindicalismo, apresentou uma mudança mais tímida.

Boschetti (2008) cita que o GT conduzia os debates de reformulação da Previdência em torno da visão de uma crise. Destaca-se que a solução apresentada para essa última, não se dá nem pelo aumento das contribuições da União ao orçamento, nem pela maior contribuição do empregador, porque a solução apresentada se baseava na seletividade. Segundo Azevedo (*apud* Boschetti, 2008, p. 119), o sistema de Seguridade Social deveria ter como objetivo proteger aqueles que possuíssem a capacidade laborativa reduzida. A autora explica, ainda, que, durante o GT, foram debatidas propostas até mesmo de separação dos orçamentos das políticas sociais propostas para compor a Seguridade.

Durante o período de definição do texto final da Seguridade Social, a Comissão de Ordem Social da Constituinte “caminhou na direção da integração das políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social” (BOSCHETTI, 2008, p. 159). Conforme essa autora, é possível resumir que as “propostas encaminhadas pelos especialistas caminhavam na direção do estabelecimento de um sistema mínimo de prestações universais não-contributivas coabitando com sistemas de seguros contributivo”. (BOSCHETTI, 2008, p. 118).

Ao final dos debates, a Previdência Social ficou regulamentada com base na “discriminação positiva”³, em que têm acesso os que possuem capacidade laborativa e contribuem diretamente para a Previdência. Em termos de medidas progressivas, cita-se a possibilidade de contribuição como autônomo e a equiparação das populações urbanas e rurais.

Posterior a esse período de regulamentação, a disputa entre os setores conservadores e a linha mais à esquerda ganhou grande dimensão. Esse embate se

³ Discriminação positiva é compreendida como o favorecimento daqueles que tenham mais dificuldade de acesso.

deu permeado pela implementação das estratégias usadas pelo capital no sentido do amortecimento dos efeitos da crise do capital que a partir de 1970 ganha grande visibilidade. Assim, a contrarreforma de 1998 e, posteriormente, a de 2003 são expressões dessa disputa.

Moreira (2005) analisa que esse processo de modificações ocorreu a partir de 1991, quando começaram a ganhar corpo as ideias de que a Previdência Social passava por um momento de inviabilidade econômica, por um suposto déficit e, por isso, seria necessário submetê-la a uma reforma. Behring e Boschetti (2003) apud Moreira, detalham que o suposto déficit é resultado de uma análise inconstitucional do orçamento da Previdência, pois, constitucionalmente, esse deveria ser analisado enquanto orçamento da Seguridade Social, ao contrário da análise do orçamento de uma única política em separado. As autoras apontam para uma crise econômica decorrente da flexibilização do trabalho e também da utilização dos recursos para o pagamento da dívida externa e pública e para gerar superávit primário.

Segundo Silva (2012), as alterações sofridas no texto constitucional com a Emenda Constitucional 20/1998 reforçam o caráter contributivo da Previdência e ainda faz um destaque das principais mudanças. Essa Emenda fez regredir muitos dos direitos já conquistados:

[...] na medida em que reforçou o seu caráter contributivo, eliminando prestações desvinculadas de contribuições prévias, introduzindo a filiação obrigatória e a exigência de equilíbrio financeiro e atuarial, aproximando-se do seguro privado e atribuindo-lhe organização própria, como um sistema diferenciado no âmbito da seguridade social. (SILVA, 2012, p. 138).

A autora explicita as repercussões da Emenda Constitucional 20/1998:

[...] a exclusão dos eventos de acidente do trabalho, redução ajuda à manutenção de dependentes de segurados de baixa renda; exclusão do garimpeiro do regime no regime de economia familiar; restrição do salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes de segurados de baixa renda; as aposentarias por tempo de serviço passaram a ser por tempo de contribuição; e sistema passou a ser de filiação obrigatória e a funcionar condicionado ao equilíbrio financeiro e atuarial. (SILVA, 2012, p. 140).

As mudanças ocorridas na Previdência afastam-na do modelo beveridgiano, segundo Silva (2012), que entendia os seguros sociais como uma forma de redistribuição de renda, e a aproximam da concepção bismarckiana, que os considera como uma forma específica de manutenção da renda, em caso de incapacidade para o trabalho. Por fim, a Emenda Constitucional 20/1998 fortalece a Previdência seguindo a lógica do seguro e reduzindo direitos previdenciários.

Silva (2012) analisa que as alterações propostas por essa Emenda modificam o “modelo de destinação aplicação de recurso”. Entre as várias mudanças que ocorreram na Previdência destaca-se a vinculação das contribuições das empresas e empregadores ao financiamento dos benefícios do Regime Geral da Previdência Social (RGPS).

A Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000, também trata de assuntos relacionados ao financiamento. É conhecida por Lei de Responsabilidade Fiscal, e tem a finalidade de garantir recursos para os benefícios do RGPS sem considerar o orçamento conjunto da Seguridade Social “além de tentar limitar as fontes de arrecadação própria dos recursos previdenciários basicamente às contribuições de trabalhadores e sobre as folhas de salários das empresas”. (SILVA, 2012, p. 189)

Essa Lei Complementar reafirma a tendência da separação dos orçamentos da Seguridade por meio, por exemplo, da criação do Fundo do Regime Geral da Previdência Social, dos fundos de Assistência Social e de Saúde. Silva (2012) avalia que a Lei, contraria o princípio constitucional de financiamento que “determina base diversificada de fontes para financiar as ações das políticas de seguridade social” (*Idem*, p. 189).

De maneira geral as mudanças propostas pelas emendas e leis complementares na forma do financiamento da Previdência seguiram a tendência de fragmentar o orçamento da Seguridade Social em específico de cada uma das Políticas. Com isso, a implementação do orçamento da Seguridade Social demonstra, segundo Silva (2012), uma resistência na implantação de um orçamento “plural e solidário” que gera como consequência um empecilho para a não implementação da seguridade social.

2 PRINCÍPIOS, DIRETRIZES, OBJETIVOS, ORGANIZAÇÃO E SERVIÇOS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

2.1 A recente organização da Assistência Social em sistema único

Nessa seção será discutida a recente mudança da Assistência Social e o marco da sua regulamentação enquanto política pública que compõe a Seguridade Social. Não é pretensão retomar todos os detalhes e discordâncias acerca da legislação assistencial entendendo que este assunto exige ampla discussão que extrapola um trabalho de conclusão de curso.

Para entender o cenário de reformulação da Assistência Social, será feito breve histórico dessa Política, com base na análise de Boschetti (2008) que identifica, antes da regulamentação pela Constituição Federal (1988) e pela Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS (1993), existia algumas ações estatais nessa área, contudo, dispersas.

A promulgação da Constituição inova ao considerar a Assistência Social enquanto direito. Mas, conforme Pereira (1996), à época seria necessária uma lei específica para organizar sua implementação, o que vem a ocorrer após cinco anos.

Mesmo depois de regulamentada pela Constituição, Boschetti (2008) expõe que as ações do Estado continuaram dispersas, não existindo uma postura consensual sobre o papel da Assistência Social no âmbito do governo.

Permanecia uma confusão conceitual sobre essa Política, o que não permitiu um modelo prévio para sua organização. Como consequência, o grupo responsável pela regulamentação deveria “elaborar um pré-projeto de lei que fosse fundado nos princípios precisos e coerentes, que tivesse consistência jurídica e que fosse politicamente ajustado a realidade brasileira”. (BOSCHETTI, 2008 , p.187).

Em 1990 o presidente Collor vetou um projeto de lei que previa a regulamentação da Assistência Social, evidenciando a intenção do governo em mantê-la como uma política de caridade, ou seja, conforme a autora, “ocupação de primeira dama”. Essa postura de Collor reafirmou a característica assistencialista. Diante disso Boschetti (2006) afirma que:

Essa área de atuação pública era caracterizada por tanta opacidade e por práticas tão difusas e assistemáticas (orientadas por uma lógica de favor, não de direito), que jamais provocou a ação de movimentos sociais que a defendessem como direito e como dever estatal. (Idem, p. 223)

Após o veto, os assistentes sociais iniciam um movimento de reconhecimento da Assistência Social enquanto direito o que possibilitou mudança na conjuntura desta Política Social. O Conselho Federal de Serviço Social - CFESS se engaja na luta pela Assistência Social e assume a direção do movimento de reformulação do projeto de lei vetado.

A estratégia do CFESS foi organizar um seminário nacional para analisar o impacto da postura do Presidente sobre a Política de Assistência Social. Boschetti (2008) defende que a ideia era politizar o debate e causar repercussão sobre o fato. Nesse bojo foi instituída uma comissão com a finalidade de organizar novos eventos e os debates acerca da Assistência, composta por grupos de pesquisa, funcionários da Legião Brasileira da Assistência - LBA, assistentes sociais e a CUT por meio do Departamento Nacional dos Trabalhadores em Saúde, Previdência e Assistência Social. A autora destaca que: "(...) foram sobretudo os princípios constitucionais de gestão democrática e a participação popular que levaram a maior e mais importante central sindical a participar desse movimento". (BOSCHETTI, 2008, p. 225)

Depois de algumas tentativas de aprovação da Lei Orgânica desde 1990, apenas em 1993 é mais uma vez submetida ao Legislativo. Boschetti (2008) cita um discurso do deputado Roberto Jefferson, que afirma o motivo da aprovação dessa Lei está na pressão da sociedade e do Legislativo. A autora destaca que, diferente do projeto anterior que tramitou por dois anos, esse último foi votado e aprovado em 3 meses e 10 dias, por conta de um compromisso assumido pelo então ministro do Ministério do Bem Estar Social (MBES), que queria aprová-lo antes de deixar o cargo. Um acordo com os partidos possibilitou que o projeto tramitasse em regime de urgência. Mesmo assim, durante os períodos de debate, identifica-se questões polemicas como: "a ampliação da renda per capita; a diminuição do limite de idade para os idosos; reintroduzir os benefícios para crianças; e o encurtamento do prazo para lei entrar em vigor" (*Id. Ibid.* p. 253). Após longos debates e divergências dos grupos políticos, a Assistência Social é finalmente regulamentada em 7 de dezembro de 1993.

Monnerat e Souza (2011) explicam que a Constituição Federal de 1988 não foi capaz de alterar a histórica fragmentação das ações da Política de Assistência e

ainda analisam que a LOAS permaneceu por mais de 10 anos como uma “carta de intenções”. Essa situação começa a mudar apenas em 2003 durante o governo Lula e a partir da IV Conferência de Assistência Social, que delibera pela implementação do SUAS.

Pereira (2004), aponta uma possibilidade de resposta que pode explicar a manutenção dessa fragmentação. Analisa que, apesar do Presidente Collor ter sofrido um impeachment, sua política neoliberal continuou a ser implementada por Itamar Franco e FHC, com a redução do Estado e estímulo a expansão do terceiro setor e o trabalho voluntário. Apenas em 2004 durante o governo Lula, o Sistema Único de Assistência Social, já previsto na LOAS desde 1993, passa a ser regulamentado. Inicialmente a Política Nacional de Assistência Social - PNAS faz menção ao tema e, em 2005, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS) estabelece os parâmetros de organização do Sistema.

No capítulo I, art 1º da LOAS, a assistência social é definida como dever do Estado e direito não contributivo do cidadão. Compõe junto com a Saúde e a Previdência Social, a Seguridade Social e se efetiva por meio de ações integradas entre a sociedade e o Estado com a finalidade de prover mínimos sociais. O 2º artigo, do mesmo capítulo, define os objetivos da Assistência Social. O inciso I destaca a proteção social para a garantia da vida, redução de riscos e de danos com o enfoque na proteção primordial à família, à maternidade, à infância, adolescência e velhice.

Torna-se indispensável entender como essa proteção se efetiva. Colin e Pereira (2013) analisam que as proteções sociais são promovidas por meio de serviços e benefícios. Serviços são atividades planejadas e prestadas de forma continuada. Benefícios são medidas que garantem uma renda e são executados na proteção básica. São exemplos o Benefício da Prestação Continuada - BPC, e os benefícios eventuais como auxílio natalidade, vulnerabilidade e por morte.

Implementar serviços e benefícios exige programas e projetos. As autoras definem que os programas devem articular ações assistenciais do SUAS com outras políticas sociais, além de potencializar a efetivação dos serviços. A importância dos projetos justifica-se pela temporalidade definida e por aprimorar a gestão e os serviços.

Nesse mesmo artigo, agora no inciso II, é colocado um segundo o objetivo: a vigilância socioassistencial, que tem a finalidade analisar a capacidade protetiva das famílias no seu território e traçar um perfil de “ocorrência das vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos”.

Ressalta-se que a finalidade desse inciso não é um controle da pobreza, mas fazer um diagnóstico, por território, de quais são as principais demandas de determinada região. Conhece-las e entender as possibilidades de proteção e desproteção torna a elaboração de planos de intervenção mais qualificados.

Um bairro que abriga uma classe média alta pode, por exemplo, ter um índice de exploração sexual elevado delineando um contexto onde a Assistência Social pode atuar junto com outras políticas públicas com vistas ao enfrentamento e superação desse problema. Compreende-se que a Assistência não deve atuar somente junto a territórios com baixos índices de renda.

Ainda neste artigo, o seu parágrafo único argumenta que “para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais”. (LOAS, 1993, art. 2º, § único)

O artigo 3º regulamenta a cooperação entre o setor privado e o público no sentido em que determina que as entidades sem fins lucrativos podem prestar assessoramento e atendimento com vistas a garantir direitos. Colin e Jaccoud (2013) analisam essa cooperação:

As entidades privadas de assistência social se vinculam à rede por meio de pactos em torno de objetivos comuns para a garantia de direitos socioassistenciais, de forma a configurar um sistema com a complementaridade necessária ao atendimento à integralidade das demandas da população no campo da assistência social e compartilhamento de responsabilidades pelos resultados (COLIN, e JACCOUD, 2013, p. 42).

Com base na afirmação das autoras entende-se que a assistência social deve atuar de forma combinada e articulada com a sociedade, entidades e Estado com vistas a proporcionar a integralidade do seu sistema, possibilitando um atendimento amplo e completo.

Prosseguindo com a análise da legislação destaca-se os cinco princípios presentes na LOAS em seu capítulo II artigo 4º:

A assistência social rege-se pelos seguintes princípios: I- supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica; II- universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas; III- respeito a dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade; IV- igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais; V- divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão. (BRASIL, Lei 8742/93, art. 4)

Conforme Pereira (1996), o princípio “supremacia do atendimento às necessidades sociais” em detrimento da lucratividade econômica rompe com uma lógica contratual do seguro e reafirma uma visão internacional da Assistência Social como direito.

O terceiro princípio dessa Lei representa um avanço no sentido em que incorpora na legislação o direito do usuário ter um atendimento de qualidade e ter sua autonomia e integridade moral preservada com base na proibição da comprovação não vexatória para usufruir do benefício. Esse princípio fortalece a visão do direito.

Prosseguindo nessa reflexão o IV princípio equipara as populações urbanas e rurais, direciona o atendimento para que seja livre de qualquer tipo de discriminação. Conforme foi debatido na seção da Previdência Social, a equivalência do atendimento às populações urbanas e rurais representa um avanço rumo a minimização das extremas desigualdades entre o campo e a cidade.

O atendimento não discriminatório estimula criação de espaços para lidar com as diversas especificidades do público, reafirmado na PNAS/2004 e na tipificação dos serviços socioassistenciais. No DF, por exemplo, existe um Centro de Referência da Diversidade Sexual especializado em desenvolver trabalhos com as populações que vivenciam preconceito de gênero e um Centro Especializado em População de Rua, o Centro POP.

O quinto princípio da LOAS, trata da divulgação dos benefícios, “dos recursos oferecidos pelo poder público e dos critérios para sua concessão”. Esse está intimamente ligado ao terceiro princípio no sentido que viabiliza a qualidade do serviço.

As diretrizes da LOAS são delineadas na seção 2, artigo 5º, onde a primeira trata da descentralização político administrativa. É importante notar que essa facilita

a implementação da política nas diversas instâncias já que delega funções para elas, “a descentralização de que fala a LOAS é aquela pautada por um pluralismo institucional que aposta na coalizão de forças públicas e privadas não mercantis para instituir, manter e estender direitos, em nome da responsabilidade social”. (PEREIRA, 1996, p.104)

Para Sposati (2013) esta diretriz representa um dos grandes desafios para a consolidação da política,

O convívio com a diversidade e, até mesmo, com os antagonismos entre concepções, expressões simbólicas e materiais da política, e sua interferência nos modos com que se dá sua condução concreta, em todos os níveis da federação, constitui o que aqui denomino de grande novo desafio: a unidade das exigências quanto a responsabilidade pública da política brasileira de assistência social. (SPOSATI, 2013, P. 21)

A segunda diretriz assegura a participação popular na formulação e no controle das ações da política e, a terceira trata da primazia do Estado na responsabilidade para com a assistência e reduz o papel da iniciativa privada em detrimento da pública. Conforme o debate proposto por Pereira (1996) esta diretriz representa um direito positivo porque amplia e reconhece o papel do Estado.

No capítulo III da LOAS, no título da “organização e da gestão”, se destaca a regulamentação da assistência social em Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A organização desse Sistema reafirma os princípios e diretrizes da LOAS e define os tipos de proteção que ele abarcará.

Pereira (1996, p.103), sinaliza que os princípios da LOAS incorporam alguns pressupostos e destaca que a assistência se diferencia da lógica do seguro e relação contratual. Segue como um direito social e não uma política mercadorizável. Ressalta que o papel da assistência é garantir que os mais pobres tenham acesso à riqueza socialmente produzida.

Além disso, ela debate que a assistência não deve se restringir à política de reparação de danos, mas sim, atuar de forma a romper com a regressividade presente nas políticas sociais brasileiras. Também define que os princípios, objetivos e diretrizes da LOAS garantem à assistência características mais públicas de direito e menos sujeita a improvisações.

Dando seguimento à reflexão sobre legislação, apresentam-se agora algumas características da Política Nacional de Assistência Social - PNAS. Tomando por base o pensamento de Couto et al (2010), afirma-se que a PNAS possui

dimensões que indicam potenciais mudanças. A primeira a ser destacada é a visão propícia para a “elaboração de estratégias de articulação e gestão” (COUTO et al 2010 p. 39). Essa visão possibilita um trabalho intersetorial que entende as situações sociais como multicausais incorporando, com isso, a compreensão de uma abordagem e trabalho com base na questão social.

As autoras apresentam o conceito de intersectorialidade que está intimamente ligado ao funcionamento articulado das políticas que compõem, não só a Seguridade Social, como também as demais políticas públicas, atuando em conjunto de modo a propiciar um funcionamento dessas políticas de forma complementar, articulada e combinada.

A intersectorialidade deve expressar a articulação entre as políticas públicas, por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção básica ou especial ao enfrentamento das desigualdades sociais identificadas nas distintas áreas. Supõe implementação de programas e serviços integrados e a superação da fragmentação da atenção pública às necessidades sociais da população. (COUTO et al, 2010,p.39).

Monnerant e Souza (2011) também analisam a questão da intersectorialidade e sinalizam que, em 2004, o Ministério do Desenvolvimento Social - MDS propõe a reestruturação da Assistência Social com base em programas de configuração intersectorial. Esse novo arranjo dos programas assistenciais estimula a compreensão da assistência social como uma política que interdepende a outras para ser implementada.

A PNAS (BRASIL, 2004) apresenta a intersectorialidade como requisito fundamental para garantia dos direitos de cidadania, e, para efeito da operacionalização do SUAS, está previsto que as ações no campo da assistência social devem ocorrer em sintonia e articulação com outras políticas públicas (MONNERANT E SOUZA, 2011, p. 46).

A análise que fazem da PNAS expressa que esta rompe com o atendimento fragmentado em segmentos como idosos, crianças e adolescentes. Reconhece como usuários da política de assistência:

(...) “cidadãos e grupos que se encontram em situação de vulnerabilidades e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas: uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social. (PNAS, 2004, P.33)

Couto *et al* (2010), indicam reconhecer que esses amplos seguimentos de usuários compreendem a pobreza com base em um conceito multidimensional. Contudo, destacam que faltou o reconhecimento das vulnerabilidades decorrentes da classe social e essa representa a origem da pobreza e situação social enfrentada pelos usuários da Assistência.

Ressaltam, ainda, que o caráter da territorialidade pode permitir o contato com o usuário em uma lógica coletiva e no ambiente onde suas fragilidades e potencialidades ficam evidentes, além de possibilitar reduzir a fragmentação das ações.

A PNAS efetiva o direcionamento da LOAS e reafirma a atuação organizada por níveis de complexidade. Couto *et al*, 2010, indica que em uma sociedade capitalista em que são gerados vários níveis de desproteção também é necessário que se organize vários níveis de proteção.

Colin e Jacob (2013) explicam que a PNAS organiza quais seguranças a política de assistência deve assegurar sendo essas: “de sobrevivência, ou de rendimento, e autonomia; de convívio ou vivência familiar; de acolhida e sobrevivência a riscos circunstanciais”. (Brasil, MDS, p. 31.)

Desta forma, supera-se a associação entre a assistência social e os grupos identificados como incapazes para o trabalho e a vida autônoma. Passa, agora, a abraçar, pela via da segurança de renda, o conjunto da população sem recursos monetários que lhe garantam a sobrevivência, como “é o caso das pessoas com deficiência, idosos, desempregados, famílias numerosas, famílias desprovidas de condições básicas para sua reprodução social (PNAS, 2004)” (COLIN E JACOUB, 2013, p.41).

Nesse ponto discorda-se das autoras, pois, apesar da Lei apresentar o avanço na definição dos grupos a serem atendidos, a forma de implementação de alguns benefícios assistenciais reafirma a não capacidade para o trabalho enquanto critério para acessá-los. Inclusive, quando se define o critério de renda extremamente baixo para a concessão desse, está implicado a condição do desemprego ou subemprego. Mota (2010) identifica que uma contraditória relação entre a Assistência e a Previdência uma vez que a última se destina a quem possui vínculos empregatícios, em contra ponto a primeira, destinada aos que não estão inseridos no mercado de trabalho.

Os benefícios que possuem um critério de renda um pouco maior no Distrito Federal são os benefícios eventuais: auxílio natalidade e auxílio por morte. Esses

atendem a situação específicas e não envolvem um caráter de transferência de renda continuado.

O art. 11 da Portaria nº 140/2010, do Governo do Distrito Federal - GDF que regulamenta a sua implementação dos benefícios eventuais, define auxílio natalidade: “§ 2º - No caso de concessão deste auxílio sob a forma de bens de consumo, este será assegurado a gestante que comprove residir no Distrito Federal e possuir renda familiar per capita igual ou inferior a meio salário mínimo nacional”.

Não se nega a importância de auxílios específicos, contudo, ao restringir a renda a patamares tão ínfimos, uma parte da população que necessita da assistência social, mesmo que inserida no mercado de trabalho, deixa de atender a este critério de elegibilidade, impossibilitando o acesso aos benefícios.

Passando para nova questão a ser refletida, Colin e Jacob (2013) debatem sobre a organização e participação dos entes federativos no SUAS. Explicam como se organizam as comissões que compõe a gestão desse Sistema:

A Comissão Intergestora Tripartite – CIT, representativa das três esferas de governo e do DF, é responsável pela negociação de aspectos operacionais de gestão nacional do sistema descentralizado de assistência social. As Comissões Intergestoras Bipartites (CIB), de âmbito estadual e com representação do Estado e dos municípios, visam à gestão local/regional. (COLIN E JACOB, 2013, P.42)

A organização das comissões facilita o diálogo entre os entes federados, organiza as funções de cada um deles e, na medida em que, cada ente federado tem consciência do seu papel e função, a relação com as demais políticas da Seguridade Social se torna mais fácil. Apesar de não ser uma comissão composta por representantes das três áreas da Seguridade Social, essas comissões facilitam sua articulação.

O papel de cada ente está definido da seguinte forma:

(...) a União é responsável pela formulação, normatização, regulação, articulação e coordenação da política em âmbito nacional; os Estados, pelo apoio técnico e acompanhamento sistemático aos municípios, além da oferta de serviços regionalizados; e os municípios e DF, pela organização e execução da oferta direta de serviços e programas aos cidadãos. (COLIN E PEREIRA, 2013, p. 104)

Além de organizar sua gestão e implementação em cada ente federado, concretizando com isso a descentralização, a legislação assistencial institui a composição da Assistência, por níveis de complexidades, a saber, Proteção Social

Básica que compreende a Baixa Complexidade, e Proteção Social Especial que subdivide-se em Média Complexidade e Alta Complexidade.

Proteção Social Básica (PSB):

A proteção Social básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos- relacionais e de pertencimento social (discriminação etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras). (PNAS,2005, P.33)

Segundo a PNAS, este nível de complexidade oferece serviços, programas e projetos de acolhimento, socialização e convivência, perpassando tanto os benefícios continuados como benefícios eventuais com base na identificação das vulnerabilidades apresentadas. As atividades desenvolvidas devem contemplar famílias, indivíduos e contemplar a inclusão de deficientes.

Essa Política reafirma que os benefícios, programas e projetos deverão funcionar de forma articulada com as outras políticas públicas locais. Ressalta o estímulo ao protagonismo das famílias e dos indivíduos com vistas a superar suas vulnerabilidades e a prevenir riscos.

Os serviços de Proteção Social Básica serão executados nos Centros de Referência de Assistência Social - CRAS, e em unidades e organizações da área de abrangência do CRAS. Esse é responsável pela execução do Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF). O trabalho com famílias deve compreender os novos arranjos familiares como as famílias compostas apenas por parentes extensos, casais homoafetivos e sem vínculos sanguíneos, mas apenas afetivos.

Alguns outros serviços da Proteção Social Básica são: o Programa de Inclusão Produtiva e projetos de enfrentamento da pobreza, centros de convivência para idosos, serviços de fortalecimento de vínculos para crianças e adolescentes.

Os serviços oferecidos nas unidades de atendimento de baixa complexidade também devem atender famílias e indivíduos de modo a propor a articulação com as demais políticas, no sentido que seus encaminhamentos e ações promovam a efetivação de direitos e a garantia de uma proteção social nos marcos da indicada pela Constituição Federal. É papel das unidades básicas realizar a articulação, não apenas com as redes socioassistenciais como também com as demais políticas que compõem a Seguridade Social. Ressalta-se que esse papel não é exclusivo da

política social de assistência como também deve ser cumprido por todas as políticas sociais.

Para Colin e Pereira (2013), a PSB inovou por propor um atendimento anterior às situações de privação já instaladas. Observam que essa proteção, além de garantir benefícios de transferências de renda, auxílios temporários, também trabalha com subjetividades como o fortalecimento de vínculos. Ainda destacam que a centralidade na família e compreensão do território e sua dinâmica ampliam a visão de atuação de modo a promover “intervenções que buscam favorecer a coletivização das demandas” (COLIN e PEREIRA, 2013, p. 111).

O conhecimento do território onde vivem e convivem as famílias e sua realidade de vida são elementos chaves, portanto, no trabalho social na PSB, pautados na concepção de que a ampliação da capacidade protetiva deve conjugar: trabalho social, que articule acompanhamento familiar com garantia da segurança de renda; intersectorialidade e trabalho em rede, que viabilize a ampliação de acesso a direitos e às políticas de educação, saúde, trabalho e renda, dentre outros; e intervenções que atinjam também o território, coletivizando demandas e mobilizando processos que fortaleçam vínculos de pertencimento e a cultura da prevenção e proteção aos direitos. (COLIN e PEREIRA, 2013, p. 111).

Proteção Social Especial (PSE):

A proteção social especial É a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. (PNAS,2005, P.37)

Para Colin e Pereira (2013) a PSE inova ao organizar ações de caráter especializado com vistas a superação de riscos pessoal e social; também prima pela centralidade das ações na família. Consideram a importância do território e da comunidade para o fortalecimento e resgate dos vínculos familiares e comunitários.

A PSE está dividida em média e alta complexidade. A média complexidade envolve ações onde ocorreu a violação de direitos e os vínculos familiares ainda não foram completamente rompidos, mas encontrando-se fragilizados. A alta complexidade se caracteriza pela ausência de vínculos familiares ou a ameaça que resulta na retirada do convívio familiar. Nesse nível de proteção o Estado deve garantir a acolhida do indivíduo.

Proteção Social de Média Complexidade:

Segundo a PNAS os serviços de média complexidade abrangem o atendimento a famílias e indivíduos cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Sua estrutura técnico-operacional abarca

acompanhamento, monitoramento, “serviço de orientação e apoio sociofamiliar, plantão social, abordagem de rua, serviço de habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência, medidas sócio-educativas em meio aberto” (PNAS,2005, p.38).

Essa proteção será executada no Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS e em unidades vinculadas a esse Centro.

Colin e Pereira (2013) citam alguns exemplos da atuação dessa complexidade:

“o Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade; o Serviço Especializado em Abordagem Social; e o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias” (...) (COLIN e PEREIRA, 2013, p. 113)

Proteção Especial de Alta Complexidade:

PSE de Alta Complexidade, por sua vez, visa garantir proteção integral a indivíduos ou famílias em situação de risco pessoal e social, com vínculos familiares rompidos ou extremamente fragilizados ou até mesmo sem referência familiar, que demandem atendimento provisório em serviços de acolhimento. (COLIN E PEREIRA, 2013, P. 114)

A reflexão de Colin e Pereira (2013) sobre a PNAS, detalha que os serviços dessa proteção estão organizados por ciclos geracionais e sua atuação visa promover o protagonismo das famílias e dos indivíduos com vistas recuperar e criar novos vínculos familiares e comunitários. O objetivo desse nível de proteção é a superação de risco com foco no protagonismo do indivíduo e o estímulo a construção de novos projetos de vida.

Ainda embasadas na PNAS, destacam que a execução da PSE exige uma atuação intersetorial de modo a assegurar a mais ampla garantia de direitos. Acentuam que as equipes de atuação nessa complexidade, precisam ofertar atendimento especializado personalizado a pequenos grupos e, sinalizam que as unidades de acolhimento devem simular, na medida do possível, residências familiares.

O Serviço de Acolhimento Institucional, por sua vez, pode estar organizado em distintas modalidades, como o Abrigo Institucional, as Casas-lares e as Residências Inclusivas. Enquanto os primeiros podem ser organizados para o atendimento a pequenos grupos de idosos, crianças e adolescentes e mulheres, as Residências Inclusivas se destinam ao acolhimento, especificamente, de jovens e adultos com deficiência em situação de dependência, que não disponham de condições de auto sustentabilidade ou de retaguarda familiar (COLIN E PEREIRA, 2013, P. 114).

Recordam que também faz parte da alta complexidade o Serviço de Calamidade Pública e Emergência. Esse organiza atendimentos para acolhidas emergenciais e temporárias.

A organização da assistência social em níveis de complexidade tem por objetivo garantir um atendimento melhor qualificado, entendendo as especificidades dos vários tipos de desproteção. Por fim, destaca-se que cada nível, objetivando atendimentos integrais, é responsável por realizar a articulação com outras políticas sociais e com as demais políticas da seguridade social, otimizando a função de cada um no papel da proteção social.

Ressalta-se com base em Souza e Monnerat (2011), que para a operacionalização do SUAS “as ações no campo da assistência social devem ocorrer em sintonia e articulação com outras políticas públicas” e reafirma a análise desse trabalho onde atuação com a questão social deve abarcar amplas políticas sociais.

Mota (2010) debate que a seguridade social tem se consolidado na forma de uma “unidade contraditória” em que as políticas de saúde e previdência social avançam rumo a privatização e mercantilização; já a assistência social, no governo à época, tem se apresentado como solução para responder à desigualdade social. Essa última política passa a ser implementada de forma quase restrita como política de redistribuição de renda e assume “para uma parcela significativa da população, a tarefa de ser a política de proteção social e não parte da política de proteção social”. (MOTA, 2010, p. 144).

No próximo capítulo será explicitada algumas características e reflexões sobre assistência social no Distrito Federal e a análise das ações de articulação as quais se teve acesso.

3 A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL NO DF E AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL POR INICIATIVA DO CRAS TAGUATINGA NORTE

O propósito desse capítulo era, inicialmente, apresentar a organização e implementação da Assistência Social no Distrito Federal, mas devido a dificuldade na coleta de dados, o conteúdo terá a amplitude possível considerando as informações acessadas.

Após rápida contextualização da assistência numa unidade federativa singular como o Distrito Federal, buscou-se apresentar a Secretaria de Estado responsável pela execução desta Política no Distrito Federal, explicitar as unidades e seu nível de complexidade, segundo a tipificação. Ao final se delineou uma breve apresentação e reflexão sobre os serviços implementados no CRAS Taguatinga Norte.

3.1. A assistência social no Distrito Federal

O Distrito Federal é uma Unidade da Federação singular por que acumula, de acordo com a Constituição Federal, as funções de estado e município. Nesse sentido, a organização de todas as políticas nacionais é definida pelo Governo Federal e apresentam uma orientação específica para o Distrito Federal (DF). Assim, no que diz respeito à Assistência Social, seu modo de trabalho é definido na NOB/SUAS 2005⁴.

Essa determina que o DF deva cumprir as ações indicadas no artigo 14 da LOAS, onde destaca-se: destinar recursos ao custeio dos benefícios eventuais incluindo auxílio natalidade e funeral; implementar ações de combate a pobreza, inclusive com a sociedade civil; executar ações emergenciais de assistência; prestar serviços de atendimento continuado; cofinanciar o aperfeiçoamento dos serviços de gestão; monitorar e avaliar as políticas de assistência social no Distrito Federal.

⁴ Apesar de existir uma nova NOB de 2012 tomou-se por base a NOB 2005 por que esta trata das atribuições do Distrito federal de forma clara e a NOB atual não trouxe mudanças no papel desse ente.

Essa Unidade da Federação também deve atender a requisitos para receber o repasse federal de recursos financeiros. Destaca-se: implementar conselhos com composição paritária entre sociedade civil e Estado; o funcionamento de fundos de assistência social orientados e controlados pelo conselho; elaborar um plano de assistência social; estruturar os Centros de Referência em assistência social de acordo com as áreas de maior vulnerabilidade social; “participar da gestão do BPC” (Benefício da Prestação Continuada); manter uma estrutura de atendimento, acompanhamento, entre outras ações, com a presença de, pelo menos, um assistente social; formular um plano de acompanhamento e formulação de metas “articulando-as às ofertas da Assistência Social e as demais políticas”. (BRASIL, MDS, 2005 p. 32)

Tem por incentivo o recebimento do Piso de Proteção Social, recursos para Erradicação do Trabalho Infantil e Enfrentamento da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes; dos recursos para a execução do BPC e o incentivo para participação em programas da União de aperfeiçoamento, formação e qualificação profissional. Tem a encargo de melhorar o Sistema, além das responsabilidades básicas, que possibilita o acesso a incentivos específicos. Cabe ressaltar que o fato de o Distrito Federal acumular as funções de Estado e município torna seu trabalho mais oneroso.

O órgão responsável pela execução dessa política no Distrito Federal é a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda do Distrito Federal – SEDEST. Essa secretaria se divide 7 subsecretarias: Subsecretaria extraordinária no DF sem Miséria e Projetos Especiais, Subsecretaria de Avaliação e Gestão da informação, Subsecretaria de Segurança Alimentar e Nutricional, Subsecretaria de Assistência Social, Subsecretaria de Transferência de Renda, Subsecretaria de Fomento a parcerias e Subsecretaria de Administração Geral.

Segundo o site, a Secretaria executa a Política de Segurança Alimentar e Nutricional e a Política de Inclusão Social e Produtiva bem como a gestão do Sistema Único de Assistência Social SUAS. Das sete subsecretarias da SEDEST, a Subsecretaria de Assistência Social se divide em coordenação de Gestão do SUAS, de Proteção Social Básica e de Proteção Social Especial. Conforme a definição do site oficial dessa instituição seu objetivo é:

“[...] garantir e efetivar o direito à proteção social para a população em situação de vulnerabilidade e risco social, por meio da oferta de serviços e benefícios que contribuam para o desenvolvimento social no DF”

“A atuação da SEDEST compreende a formulação de diretrizes e políticas governamentais voltadas à garantia e à promoção de direitos, à proteção

social, ao enfrentamento da pobreza e extrema pobreza, à redução das desigualdades sociais e ao provimento de condições para a superação das vulnerabilidades e riscos sociais”. (SEDEST, 2014)⁵

A atuação da SEDEST compreende a formulação de diretrizes e políticas governamentais voltadas à garantia e à promoção de direitos, à proteção social, ao enfrentamento da pobreza e extrema pobreza, à redução das desigualdades sociais e ao provimento de condições para a superação das vulnerabilidades e riscos sociais.

Em sua trajetória, a SEDEST tem protagonizado a concepção, o desenho e a efetivação de um modelo de desenvolvimento social para o DF, que tenha como base definidora a lógica do direito, da cidadania e da integração das políticas públicas, que priorize as famílias e os grupos socialmente mais vulneráveis e que seja capaz de promover maior justiça social e melhor qualidade de vida à população.

O Distrito Federal segue implementando o SUAS, conforme sua integralidade de atendimento que abrange proteção básica e proteção especial de média e de alta complexidade. No DF existem 27 Centros de Referência de Assistência Social - CRAS implementando a proteção básica, também executada nos COSEs - Centros de Orientação Sócio Educativa, em 17 unidades distribuídas pelo DF, subordinados ao CRAS do seu território. Na situação do DF, o serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para os ciclos geracionais, é realizado em espaços externos ao CRAS, nos COSEs, respeitando a área de abrangência de cada Unidade.

Conforme a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, na unidade CRAS deve ser executado o PAIF que é o serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família que busca estabelecer um trabalho continuado junto às famílias, reconhecendo os novos arranjos familiares, com o fim de fortalecer a capacidade protetiva dessas e prevenir o rompimento dos vínculos familiares, promover o acesso a benefícios e programas de transferência de renda com vistas a inserção das famílias na rede sócio assistencial; promover o usufruto dos direitos, apoiar famílias que possuam membros que necessitam de cuidados, por meio da

⁵ Conteúdo retirado do site <http://www.sedest.df.gov.br/sobre-a-secretaria/a-secretaria/a-secretaria.html> no dia 08 de maio de 2014.

construção de espaços coletivos que garantam a escuta e trocas de vivências familiares.

Esse serviço se propõe estabelecer ações de caráter protetivo, preventivo e proativo. O PAIF inclui a articulação em rede que deve ser entre redes internas, por exemplo, proteção especial e proteção básica, como também interfaces com os serviços públicos locais, com especial atenção às políticas que compõem a Seguridade Social.

(...) uma das funções de gestão territorial do CRAS – sob a responsabilidade do seu coordenador, e a realização de contatos, prévios e posteriores, da equipe técnica do CRAS com os serviços da PSB, de forma a garantir a efetivação do encaminhamento e o retorno da informação. (PAIF, vol. 2 p. 46)

“Os encaminhamentos das famílias para os demais serviços setoriais são necessários para a efetivação dos seus direitos de forma integral. E para que sejam efetivos, é preciso que os técnicos do CRAS conheçam suas atividades e o seu escopo de atendimento, de modo a não frustrar as expectativas das famílias e desperdiçar seu tempo”.(p. 48, PAIF)

É interessante notar que o serviço de fortalecimento de vínculos colabora com a visão de uma assistência que extrapola sua percepção restrita enquanto mera política de execução de benefícios. Esse serviço trabalha com recursos que não são necessariamente materiais e propõe algo que vai além do repasse desses, mas busca acima de tudo promover vínculos sociais e autonomia não no sentido de culpabilizar e individualizar os problemas, mas estimular o fortalecimento pessoal e comunitário.

Prosseguindo com a apresentação e reflexão sobre as unidades do SUAS, implementadas no DF, apresenta-se agora a média complexidade que é composta por 09 Centros de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, 01 unidade de atendimento 24 horas, 2 Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centros POP) e 1 Centro de Referência da Diversidade Sexual, Religiosa e Racial.

Assim como a proteção básica, a proteção especial deve atuar fortalecendo a capacidade protetiva das famílias. Contudo a proteção especial é acionada quando já houve a violação de direitos ou quando existe uma ameaça a esses. A média complexidade também deve atuar de forma conjunta com as demais políticas sociais, estabelecendo articulação entre elas. “Deve garantir atendimento imediato e providências necessárias para a inclusão da família e seus membros em serviços socioassistenciais e/ou em programas de transferência de renda, de forma a

qualificar a intervenção e restaurar o direito”. (BRASIL, MDS, 2009, p. 19 Tipificação)

Esse ponto é bem polêmico porque mesmo após o reconhecimento da necessidade de inserir, com caráter de urgência, uma família no atual programa de transferência de renda, Bolsa Família, pode ser que a família não seja incluída, pois, a implementação desse Benefício trabalha com uma quantidade restrita de auxílios, além de não ser reconhecido enquanto um direito que pode ser cobrado. (FREITAS, 2007,p.72) explica que “cabe destacar a provisoriedade do Programa, na medida em que as prestações pecuniárias não constituem um direito e ele pode ser alterado conforme as mudanças políticas. Em outras palavras, trata-se de um programa de governo”.

A Tipificação define como usuários do serviço de proteção especial média complexidade, famílias e indivíduos que vivenciem situações de violência em suas diversas expressões, inclusive por conta de tráfico de pessoas, situação de mendicância, trabalho infantil, e em situações de discriminação por razão da raça, sexualidade, religião ou qualquer discriminação que impeça a autonomia e bem estar da família ou indivíduo. Também trabalha com os usuários em descumprimento das condicionalidades da Bolsa Família e do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), decorrentes de situações de violação de direitos.

Os objetivos desse nível de proteção, ainda definido na Tipificação, referenciam: auxiliar o fortalecimento da função protetiva da família; incluir as famílias no sistema de proteção social conforme suas necessidades; colaborar com a preservação e restauração da integridade do indivíduo e estímulo a sua autonomia; colaborar com o rompimento da base das violações de direitos; e por fim, auxiliar na reparação e prevenção de violações de direitos.

Com relação ao espaço físico, a Tipificação menciona que deva ser reservado acomodação para atendimento individualizado e coletivo, assegurando a privacidade dos usuários, além da acessibilidade. Segundo a tipificação, o CREAS deve executar essencialmente os seguintes serviços:

Acolhida; escuta; estudo social; diagnóstico socioeconômico; monitoramento e avaliação do serviço; orientação e encaminhamentos para a rede de serviços locais; construção de plano individual e/ou familiar de atendimento; orientação sociofamiliar; atendimento psicossocial; orientação jurídico-social; referência e contrarreferência; informação, comunicação e defesa de direitos; apoio à família na sua função protetiva; acesso à documentação pessoal; mobilização, identificação da família extensa ou

ampliada; articulação da rede de serviços socioassistenciais; articulação com os serviços de outras políticas públicas setoriais; articulação interinstitucional com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos; mobilização para o exercício da cidadania; trabalho interdisciplinar; elaboração de relatórios e/ou prontuários; estímulo ao convívio familiar, grupal e social; mobilização e fortalecimento do convívio e de redes sociais de apoio. (BRASIL, MDS, 2009, p. 20 Tipificação)

Outra estrutura apresentada na Tipificação é o Serviço Especializado em Abordagem Social executado no CREAS ou em unidade que o tenha como referência. É destinado a indivíduos, de qualquer faixa etária, que tenham espaços públicos como sua moradia. Assume como objetivos: o desenvolvimento de um processo para que o indivíduo ou família deixe a situação de rua, conheça e acesse direitos e benefícios sócio assistenciais; a identificação de situações de violação direito e a dinâmica de como as famílias e indivíduos lidam com essas; Encorajar a reinserção familiar.

Os trabalhos essenciais a esse serviço: proteção proativa, compreender a dinâmica do território; orientação, divulgação e defesa dos direitos sócio assistenciais; articulação intersetorial e com o conjunto dos direitos sociais; “Proteção social proativa; geoprocessamento e georeferenciamento de informações e por último a elaboração de relatórios”.

Seguindo com a análise da tipificação, percebe-se o Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Sócioeducativa de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade. Os usuários desse Serviço são adolescentes de 12 a 18 anos ou jovens de 18 a 21 anos que estejam cumprindo medida sócio educativa de liberdade assistida e prestação de serviços à comunidade. Nesse acompanhamento é necessária a elaboração de Plano Individual de Atendimento – PIA, que conte com a participação do jovem e sua família.

Entre os objetivos desse Serviço estão o acompanhamento do jovem durante o cumprimento da medida e a busca por inseri-lo em outros serviços socioassistenciais e em outras políticas sociais; estimular a criação de novos projetos de vida com vista a romper a prática do ato infracional; estabelecer uma conciliação com jovem no sentido de estabelecer normas e pactos a serem seguidas durante a execução da medida socioeducativa; cooperar para a consolidação da autoconfiança e capacidade de reflexão sobre sua autonomia; estimular o

conhecimento e o desenvolvimento de novas habilidades pessoais; fortalecer a convivência familiar e comunitária.

Indicado pela tipificação, o Serviço de Proteção Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias, é designado a famílias que tenham membros com deficiência e idosos que apresentem algum nível de dependência e que tiveram sua situação agravada por situação de violação de direito. Ele busca implementar ações que ampliem e fortaleçam a capacidade protetiva do cuidador, além de, diminuir sua sobrecarga. A equipe desse Serviço tem a função de acionar as medidas cabíveis em situações de violência. Alguns dos objetivos desse Serviço são: a promoção da autonomia de idosos, deficientes e seus cuidadores e familiares; o desenvolvimento de ações com vistas a romper com a situação de violência e intensificação da dependência; prevenir o abrigo e o isolamento dos usuários do serviço e desenvolver um espaço de convivência familiar e comunitária; promover o acesso à serviço socioassistencial, a programas de transferência de renda e ao sistema de Garantia de Direitos; prevenir situações de desgaste decorrentes da sobrecarga por conta da situação de cuidado prolongado.

A Tipificação define onde pode ser executado esse Serviço: o domicílio do usuário, a unidade Centro dia, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), ou outra unidade referenciada.

O Serviço Especializado em População de Rua visa realizar um trabalho de estímulo à criação de novos vínculos com vista à construção de novos projetos de vida. A tipificação define que esse serviço “deve promover o acesso a espaços de guarda de pertences, de higiene pessoal, de alimentação e provisão de documentação civil. Proporciona endereço institucional para utilização, como referência, do usuário”. (BRASIL, MDS, 2009, p. 29). Quanto ao espaço físico, deve conter ambiente para atividades em grupo e comunitária e também lugar específico para os usuários guardarem seus pertences, conforme a realidade local.

Alguns objetivos desse Serviço são: a aproximação com o serviço de acolhida; o estímulo a construção de novos projetos de vida respeitando a opinião e autonomia do usuário; praticar ações e atividades com o foco na reinserção familiar e comunitária e, como todos os serviços, essenciais à proteção básica de média complexidade:

Acolhida; escuta; estudo social; diagnóstico socioeconômico; Informação, comunicação e defesa de direitos; referência e contrarreferência; orientação e suporte para acesso à documentação pessoal; orientação e encaminhamentos para a rede de serviços locais; articulação da rede de serviços socioassistenciais; articulação com outros serviços de políticas públicas setoriais; articulação interinstitucional com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos; mobilização de família extensa ou ampliada; mobilização e fortalecimento do convívio e de redes sociais de apoio; mobilização para o exercício da cidadania; articulação com órgãos de capacitação e preparação para o trabalho; estímulo ao convívio familiar, grupal e social; elaboração de relatórios e/ou prontuários. (BRASIL, MDS, 2009, p 30)

A Unidade executora desse serviço é o Centro de Referência Especializada em População de Rua. O Distrito Federal conta com 2 desses Centros Especializados, sendo um responsável pela área de abrangência do Plano Piloto e suas mediações e o outro atende a região de Taguatinga.

Passando agora para a Proteção Especial de alta complexidade, o primeiro serviço listado é o de Acolhimento Institucional que se propõe a receber e manter em espaço institucional, usuários que tiveram seus vínculos familiares rompidos ou fragilizados. Visa executar a proteção integral, considerando seu ciclo de vida, etnia, religião, sua privacidade, respeitando a integralidade desse usuário.

De acordo com dados do IBGE MUNIC, em 2013, o DF possuía 26 abrigos institucionais ou casa lar, sendo que desses, 9 eram públicos e 17 conveniados, onde se inscrevem 5 unidades para idosos e 12 para crianças e adolescentes, sendo que 5 eram públicos e 7 conveniados.

Segundo dados oficiais da SEDEST, o DF, atualmente possui 9 unidades destinadas ao acolhimento institucional sendo 5 para o acolhimento de crianças e adolescentes, 1 unidade para acolhimento de famílias e adultos, 1 unidade para acolhimento de idosos, 1 unidade para acolhimento de mulheres e 1 unidade de acolhimento para crianças e adolescentes em situação de rua.

O espaço físico da acolhida deve estar inserido em uma comunidade e estimular as relações familiares; indica-se que seja feita em pequenos grupos em um espaço propício para uma vida coletiva saudável e que estimule a autonomia do usuário.

A unidade deve possuir condições de salubridade, privacidade, fornecer condições de higiene, locais para guarda dos pertences do usuário e, de uma maneira geral, oferecer boas condições de ambiência. É importante ressaltar que em

uma situação de acolhida, o Estado deve garantir todas as necessidades básicas ao usuário.

A situação de acolhida pode acontecer em diversos ciclos geracionais e em situações de proteção pessoal em face de violências, tal como o caso de mulheres vítimas de violência. Com isso, as unidades de acolhimento podem receber: crianças e adolescentes, adultos, famílias, mulheres em situação de violência e idosos, incluindo em todos esses ciclos, pessoas com algum tipo de deficiência.

Os objetivos gerais desse serviço são: acolher e garantir a proteção integral; trabalhar na prevenção do agravamento de situações de violência, negligência e ruptura dos vínculos familiares; garantir convivência familiar e comunitária; trabalhar no acesso aos direitos sociais; estimular a autonomia e o desenvolvimento de habilidades pessoais; promover o acesso a atividades culturais, esportivas e de lazer, tanto dentro como fora da Unidade.

Outro serviço da Proteção Especial de alta complexidade é o destinado a proteção em situação de calamidades públicas e de emergências, executando ações imediatas em situações de calamidade como incêndios, alagamentos, retiradas de famílias de áreas de risco. Alguns dos seus objetivos são: assegurar acolhimento imediato e em condições dignas; providenciar alojamento provisório, quando necessário; cadastrar as famílias e suas perdas; estimular a articulação com as políticas sócio-assistenciais com vistas a promover o atendimento integral; estimular a inserção e usufruto dos benefícios e serviços sociais.

Concluindo essa breve apresentação dos serviços sócio-assistenciais, é interessante destacar que todos eles, divididos entre os níveis de complexidade, compõem uma proteção mais completa e integral e permitem que a implementação da Assistência Social trabalhe com maiores especificidades.

3.2. O CRAS Taguatinga Norte: organização, funcionamento e principais ações

Será feita nessa seção uma breve contextualização da unidade que se constitui como loco da coleta de dados, com base na sinopse liberada pela gestão

dessa unidade e também com base em dados oficiais da Diretoria de Proteção Básica.

A Unidade CRAS Taguatinga Norte executa a proteção básica, conta atualmente, com 22 servidores, sendo 3 assistentes sociais (uma na função de Coordenação), 3 psicólogas, 7 agentes sociais, 3 auxiliares sociais e 6 auxiliares administrativos.

Sua área de abrangência compreende a área rural dos assentamentos 26 de Setembro, Terra Santa e Cana do Reino, a Vila São José (área de ocupação irregular no Vicente Pires), Taguatinga Norte e a Colônia Agrícola de Samambaia.

O espaço físico atende às orientações técnicas para implementação do CRAS e conta com: Recepção que realiza atividades de acolhida, transição e atendimento inicial; Sala Multiuso/uso coletivo onde se desenvolvem oficinas de convivência, grupos socioassistenciais, oficinas de reflexão, atividades coletivas, palestras e reuniões; Sala Administrativa para atividades de registro de informações e documentos; copa, destinada ao preparo de lanches para os usuários e para uso pela equipe de referência do CRAS; conjunto de instalações sanitárias; almoxarifado; Sala de equipe técnica direcionada à produção de pareceres sociais, estudos sócios econômicos, e ainda outras atividades; Sala da Coordenação; e Sala Multiuso, equipada com brinquedos adequados às diversas faixas etárias. Detalhando, o objetivo deste espaço é de fortalecer os vínculos das crianças de 0 a 6 com suas famílias. Segundo orientações técnicas, essa última sala pode ser suprimida, caso não haja espaço. O espaço físico desse CRAS pertence à SEDEST.

Quanto ao financiamento não é possível precisar o montante destinado para esta Unidade, pois o orçamento aprovado e o repasse federal encontram-se em um Programa de Trabalho para todos os CRAS. Conforme o artigo 64 da NOB/SUAS 2012 o financiamento da proteção básica se efetiva com um cofinanciamento entre recursos federais e distritais. O financiamento federal é feito por meio do Piso Básico Fixo, (PBF) que se destina a proteção básica continuada.

Art. 64. O Piso Básico Fixo destina-se ao acompanhamento e atendimento à família e seus membros, no desenvolvimento do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF, necessariamente ofertado pelo Centro de Referência da Assistência Social – CRAS.

§1º O repasse do Piso de que trata o caput deve se basear no número de famílias referenciadas ao CRAS.

§2º A capacidade de referenciamento de um CRAS está relacionada:

I - ao número de famílias do território;

II - à estrutura física da unidade; e

III - à quantidade de profissionais que atuam na unidade, conforme referência da NOB RH.

§3º Os CRAS serão organizados conforme o número de famílias a ele referenciadas, observando-se a seguinte divisão:

I - até 2.500 famílias;

II - de 2.501 a 3.500 famílias;

III - de 3.501 até 5.000 famílias.

O CRAS Taguatinga referencia 5.000 famílias (conforme parâmetros do MDS) e recebe do Fundo Nacional de Assistência Social o cofinanciamento no valor de R\$ 12.000 (doze mil reais). Segundo a PNAS, os CRAS são as unidades que tem a função de mapear e articular as redes locais, serviços realizados por organizações da sociedade civil e políticas de Seguridade Social.

O CRAS Taguatinga Norte se localiza em uma região que tem 8 Unidades de Saúde em sua área de abrangência e um posto da Previdência em sua proximidade. Foi escolhido para embasar o presente estudo, pois o seu território conta com instituições das três áreas da Seguridade Social e, por ter sido o espaço institucional da experiência do estágio curricular. O ponto central para análise são as ações de articulação realizadas pela unidade CRAS Taguatinga Norte com os outros entes da Seguridade Social, haja vista o trabalho articulado possibilitar a efetivação de direitos sociais. Pretendeu-se obter desse CRAS as seguintes informações:

Quadro 1 – Roteiro de informações

Qual foi a ação de articulação proposta pelo CRAS Taguatinga Norte?
Data do contato com a instituição com a qual se pretendeu desenvolver ação de modo conjugada.
Qual a finalidade do contato: participação em reunião de rede, um dia de atuação conjunta ou outra ação?
Quais os objetivos pretendidos?
A instituição solicitada respondeu ao contato?
Que ação foi realizada?
Quais foram os resultados alcançados? Atenderam aos objetivos iniciais? Superaram?

Fonte: a autora, 2014

Todavia, houve limitações que resultaram num debate restrito. Serão problematizados os desafios enfrentados na coleta de dados e, ao final, as reflexões sobre os dados obtidos.

No momento de coleta de dados um desafio se apresentou: o parco registro das ações realizadas na unidade antes da atual Coordenação do CRAS Taguatinga

Norte. Esse empobrecimento de registros pode ser refletido com base em Almeida (2006), que defende a existência de uma “lacuna histórica no Serviço Social” que expressa “a ausência de socialização das experiências profissionais”.

Almeida (2006) debate sobre a sistematização da prática do Serviço Social e explica que a falta do registro das ações cotidianas traz como consequência a busca por relatos falados. Ou seja, usa-se a entrevista, por exemplo, como fonte de dados. O autor descreve que esse uso do relato produz um “contato unilateral” com a prática profissional.

Problematiza-se que essa fonte de informação apresenta um limite de temporalidade. Em unidades com rotatividade de servidores, não se tem relato de longo prazo já que os profissionais atuais não conseguem informar sobre ações realizadas pelos servidores anteriores.

A partir de Almeida (2006) reflete-se que as Coordenações passadas não tiveram uma preocupação com o registro das atividades e tão pouco com sua sistematização. Essa colocação foi feita com base na compreensão muito ampliada da ideia do autor e com base na suposição muito rigorosa sobre o motivo da falta de registros.

A partir da experiência de estágio curricular é possível afirmar que os servidores estão sobrecarregados com a demanda da unidade e por isso possuem um tempo restrito para se dedicarem a tarefa de sistematização dos registros das atividades realizadas. Outro fator que pode ser problematizado é a questão de a academia ter um olhar rígido com relação aos profissionais da prática e que pode gerar uma dificuldade de diálogo entre elas. Por isso é necessário que academia tenha um olhar mais complacente com os profissionais da prática afim de estreitar os laços entre a academia e os executores das políticas.

Assim, a falta desses registros provocou uma redução na análise que este trabalho pretendia realizar. Mesmo assim foi possível refletir com base nos poucos dados que se teve acesso.

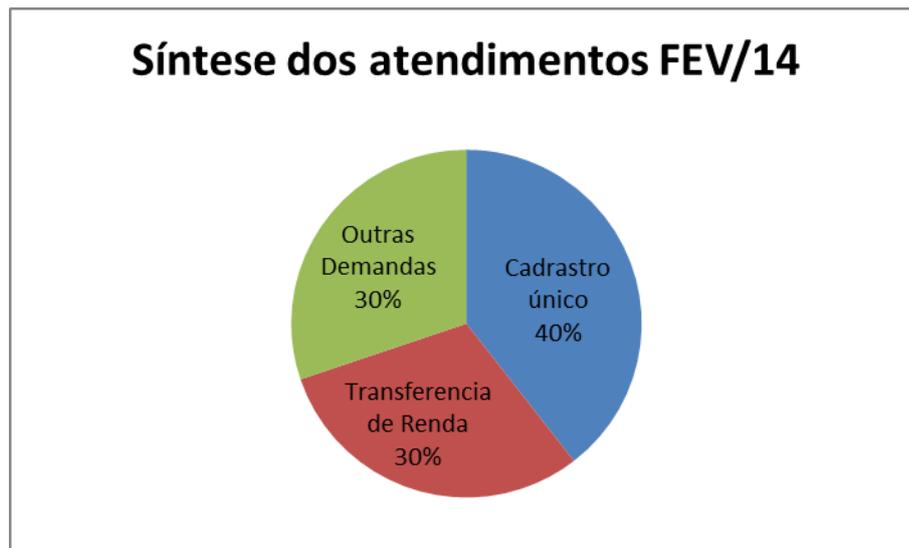
Apesar da falta de dados do período de 2011 a 2013 foi possível obter registros de três meses do ano de 2014. A atual Coordenação do CRAS Taguatinga Norte liberou os registros das ações que proveram articulação entre as Políticas que compõem a Seguridade Social e também a SINOPE de atendimento. As ações

registradas foram: encaminhamentos para as políticas de Saúde e Previdência; e o registro do contato para a realização de uma reunião entre a Saúde e a Assistência Social. Os registros liberados são das ações realizadas no mês de Janeiro, Fevereiro e Março de 2014.

Nesse período foram executados os seguintes serviços: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família- PAIF, acolhimento e triagem da demanda, cadastro do bolsa família, serviço de convivência e fortalecimento de vínculos- SCFV, auxílios maternidade, por morte, e vulnerabilidade, encaminhamentos diversos, atendimento individualizado ou atendimento com grupos familiares ou não familiares. Além desses grupos, a unidade CRAS também executa os Programas “Agentes da Cidadania”, “ DF sem Miséria” e “Bolsa Família”.

A síntese dos atendimentos do mês Fevereiro apresenta as seguintes porcentagens no gráfico 01 a seguir:

Gráfico 01 – Síntese de Atendimento pelo CRAS em fevereiro de 2014



Fonte: CRAS Taguatinga/Sinopse. Fevereiro/2014.

Na Tabela a seguir são listados os Números de encaminhamentos realizados nos meses de Janeiro, Fevereiro e Março:

Quadro 02 - Número de encaminhamento realizado

Mês	Saúde	Previdência (INSS)		
		Aposentadoria	BPC	Demais
Janeiro	11	4	3	
Fevereiro	3	2		1
Março	10	1	3	1
Total	24	7	6	2

Fonte: CRAS Taguatinga/Sinopse. Fevereiro/2014.

Refletindo sobre os dados obtidos tem-se que: 70% dos atendimentos realizados no CRAS Taguatinga Norte estão relacionados ao Cadastro único e já que o maior programa a utiliza-lo é o Bolsa Família ele passa a assumir uma centralidade no CRAS.

A grande quantidade de atendimentos voltados ao cadastro único, com base no decreto 6.135 de junho de 2007, deve-se ao fato dele ter assumido uma centralidade na política de assistência com vistas a promover um controle centralizado dos programas da assistência e outras políticas da seguridade. A intensão do cadastro único é ser uma porta de entrada para os mais diversos programas sociais executados pelo governo.

Esse fato repercutiu nas ações de articulação já que, como será detalhado posteriormente, as atividades que contaram com a presença de alguma das Políticas de Seguridade Social foram realizadas com a finalidade de acompanhar o cumprimento das condicionalidades do Bolsa Família.

Com base na SINOPSE de fevereiro, os atendimentos para Cadastro Único são detalhados e divididos em: 53 Inclusões (novo cadastro) e 252 alterações e atualizações de dados, totalizando 305 atendimentos. Além disso, foram realizados 165 atendimentos para sanar dúvidas relacionadas à transferência de renda, e por fim, 70 atendimentos relacionados a problemas com o Bolsa Família. No total foram realizados 540 atendimentos relacionados ao Programa Bolsa Família. Sendo feita a ressalva que essas considerações foram feitas a partir dos dados coletados, mas

foram analisadas sob a influência do estágio curricular. E nesse último notava-se que as famílias buscavam o cadastro único para poder acessarem o PBF.

Quanto às ações de articulação entre as políticas de seguridade social, constatou-se que no período 1º. Trimestre de 2014 o CRAS realizou uma reunião com Centros de Saúde de Taguatinga Norte com vistas a estabelecer contato inicial para a criação de Comitê de Acompanhamento das Condições do PBF. A reunião atingiu o objetivo proposto, uma vez que a pauta de realizar um primeiro contato para a criação do referido comitê foi contemplada.

Ressalta-se que a tentativa de articulação entre a Saúde e Assistência deveu-se a verificação se as famílias cadastradas estão cumprindo as condições do Bolsa Família. A partir dessa situação apresentada e tomando por base o argumento de Monnerat et al (2007) “A rigor, a ideia chave do acompanhamento das condições deveria englobar ações sociais mais amplas com vistas a potencializar uma rede de proteção social em torno dos beneficiários do Programa”. (MONNERAT *et al*, 2007, p.1461) Para efetivar essas ações amplas, a unidade deveria desenvolver atividades que estimulasse mais contatos e vínculos entre as redes e serviços sócio assistenciais.

É importante refletir que na situação evidenciada no CRAS Taguatinga Norte, as condições funcionaram como um vínculo entre duas políticas da seguridade social - saúde e assistência social. Esse vínculo pode contribuir para a potencialização da proteção as famílias usuárias do PBF, pois na medida em ocorre um diálogo entre as duas políticas é possível criar oportunidades para uma atenção integral.

Contudo, percebe-se que as ações de articulação da seguridade social não devem se restringir a ações para verificar se as famílias estão ou não cumprindo as condições do PBF. Pelo fato da maioria dos atendimentos realizados no CRAS estarem relacionados com o PBF, acaba se restringindo algumas de suas possibilidades de atuação.

Santos (2009) problematiza essa questão e explica que, de acordo com as “orientações técnicas para CRAS” de 2006, o programa prioritário da unidade deveria ser o PAIF. Contudo, o programa Bolsa família tem assumido essa função. É possível observar com base nos dados que esse fato também tem ocorrido no CRAS Taguatinga Norte. “Dessa forma, o PBF pode ser considerado o principal

elemento gerador das ações do assistente social nos CRAS e acaba orientando a organização do próprio trabalho do profissional, voltando-se à uma lógica de contenção ou de fiscalização”. (Santos, 2009, p. 278).

Ressalta-se que nos meses de Janeiro, Fevereiro e março, foi realizado contato com a Política de Previdência, apenas por meio de encaminhamentos e que essa não se insere no espaço de reunião de redes. A ausência dessa política nesse espaço, produz uma fragmentação na atuação da seguridade social já que as três políticas que a compõe não atuaram de forma conjunta nesses meses coletados.

Além disso, pelo fato de a previdência não está relacionada com nenhuma condicionalidade do PBF essa acaba por ter seu espaço de articulação reduzido, já que as ações de articulação estavam relacionadas com as condicionalidades desse programa.

Além da reunião realizada com a assistência e a saúde também foram liberados a quantidade de encaminhamentos feitos à saúde e previdência. Nesses meses não foi registrada qualquer ação de acompanhamento do retorno desses encaminhamentos.

Mesmo com a redução da quantidade de dados, foi possível refletir a forma como a atual coordenação tem realizado ações de articulação entre as políticas de seguridade social. Finalizando esse capítulo apresenta -se com base nos objetivos específicos que as ações de articulação realizadas foram “encaminhamentos”, e “reunião com a saúde e a assistência social”. Sua inserção na rotina da unidade foi por meio do contato realizado com a saúde e devido ao acompanhamento da condicionalidade do PBF ligada a saúde.

A organização e planejamento da “ação de articulação”, “reunião” foi feita com base na tentativa de estabelecer um controle do cumprimento das condicionalidades PBF. E não foi possível identificar uma organização e planejamento na ação “encaminhamentos”, mas foi possível notar que a forma de articulação da previdência nessa unidade, nesse período, esteve restrita a encaminhamentos.

Nem mesmo atividades relacionadas ao BPC escola, que também já são tipificadas foram executadas e as ações analisadas foram limitadas e não contaram com todas as áreas da seguridade social.

CONCLUSÃO

A formulação da seguridade social teve um alcance importante, todavia, teve limitações na sua implementação. Desde o processo da sua elaboração e depois durante sua execução se inicia um processo de desconstrução sobretudo, pela organização de forma isolada das políticas que a compõe o que influencia diretamente no desenvolvimento de ações articuladas.

O objeto inicial desse trabalho era a identificação das ações de articulação da seguridade social por iniciativa do CRAS Taguatinga norte percebeu-se conforme já estava previsto na Hipótese que ações são limitadas, confusas, que tem um alcance reduzido e que não conseguem contribuir para que direitos sejam ampliados, apesar dessa análise é preciso fazer uma ponderação, por que não se conseguiu os dados do período esperado em função da dificuldade de obter dados sistematizados sobre as ações realizadas.

Finalizando pode ser feita a reflexão que o fato da atual coordenação começar a se organizar para realizar uma sistematização das ações realizadas no cotidiano do CRAS Taguatinga Norte se mostra positivo para que uma análise melhor qualificada seja realizada no futuro.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. Retomando a temática da Sistematização da Prática em Serviço Social. Serviço Social e Saúde. in MOTA, Ana Elizabete et al, (orgs). São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.
- ALVARENGA, Raquel Ferreira Crespo de. A Trabalhadora rural e o direito à proteção social/previdenciário: um estudo de caso do Assentamento Nova Vida – Pitimbu/PB, Dissertação. Mestrado em Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB – 2005.
- BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social e Trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. 1º reimpr. Brasília: Letras Livres: Editora UNB, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde- Cartilha ABC do SUS. Brasília, 1990.
- _____. 8.742, de 7 de Dezembro de 1993, dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência.
- _____. Constituição Federal, 1988.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência (PNAS), 2005, Edição 2010.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Norma Operacional Básica (NOB/SUAS). Brasília, 2004.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). Proteção Básica do Sistema Único de Assistência Social. Orientações Técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social (Cras). Brasília, 2006.
- _____, Sistema de indicadores sociais do IPEA 2010/2011.
- _____. Brasília, 18 de Outubro de 2010.
- BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde No Brasil, O governo Lula e proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. In MOTA, Ana Elisabete et al. (Orgs) Serviço Social e Saúde. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.
- COHN, Amélia. O SUS e o Direito à Saúde: Universalização e Focalização Nas Políticas de Saúde In: LIMA, Nísia Trindade (org.). Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS Lima, Fio Cruz, 2005.
- COLIN, Denise e JACCOUD, Luciana Assistência Social e construção do SUAS- balanços e perspectivas: O percurso da Assistência Social como política de direitos e

a trajetória necessária. In COLIN, Denise Ratmann Arruda et al. (orgs). 20 Anos da Lei Orgânica da Assistência Social. Brasília: MDS, 2013.

COLIN, Denise Ratmann Arruda; PEREIRA, Juliana Maria Fernandes. Versão revisada e atualizada do artigo: Integração entre Serviços e Benefícios no Brasil. In: Anais do XVII Congreso Internacional del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. Montevideo, 2013.

COUTO, Berenice Rojas; YAZBEK, Maria Carmelita; RAICHELIS, Raquel. Contradições do SUAS na realidade brasileira em movimento (conclusão geral). In: COUTO, Berenice Rojas; YAZBEK, Maria Carmelita; SILVA, Maria Ozanira Silva; RAICHELIS, Raquel. O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento. São Paulo: Cortez, 2010.

FREITAS, Rosana de C. Martinelli. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas Rev. Katál. Florianópolis v.10 n. 1 p. 65-74 jan./jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000100008>

GIOVANELLA, Lúgia (org.); ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa, et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. Cap. O sistema único de saúde- SUS. NORONHA, José de Carvalho; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira.

MENDES, Jussara Maria Rosa et. Al. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 10, n. 2, p. 331 - 344, ago./dez. 2011. Disponível em: <<file:///C:/Documents%20and%20Settings/banca6/Meus%20documentos/Downloads/9912-37814-1-PB.pdf>>

MONNERAT, Giselle Lavinias; et al . Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. Revista Ciência e Saúde coletiva, Rio de Janeiro, vol. 12, núm. 6, Dezembro, 2007, pp. 1453-1462. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600008

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimery Gonsalves. Da Seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. Katálises, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a05>

MOREIRA, Marinete Cordeiro. O serviço social do instituto nacional de seguro social – INSS a partir da década de 90 – uma análise da implantação da matriz teórico metodológica. Dissertação. Mestrado em serviço social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro 2005.

MOTA, Ana Elisabete. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. Serviço Social e Saúde Ana Elisabete Mota et al. (orgs), São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. A Centralidade da Assistência Social na Seguridade Social nos Anos 2000. In: MOTA, Ana Elisabete. O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, José Paulo. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

OLIVEIRA, Jaime Antônio de ARAÚJO & TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. (im) previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes, 1985.

PEREIRA, Potyara A. P. A lei Orgânica de Assistência Social: Sentido e Novidade. In: PEREIRA. Potyara A. P. A Assistência Social na Perspectiva dos Direitos: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil. Brasília: Thesaurus, 1996.

_____. P. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 112, p. 729-753, out./dez. 2012

Portal da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/282-regional-de-saude-de-taguatinga.html>> acesso em junho de 2014

Portal da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda. Disponível em: <<http://www.sedest.df.gov.br/>> acesso em junho de 2014

Portal Rede HumanizaSUS Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/>>

SANTOS, Francine Helfreich Coutinho dos. A Ação dos Assistentes Sociais nos CRAS/RJ, Território e a Política de Assistência Social entre 2004 e 2008. Em Pauta V. 6, n.24, Dezembro de 2009.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. Previdência Social no Brasil: (des) estruturação do trabalho e condições para sua universalização, São Paulo: Cortez, 2012.

SOUZA, Celina. Federalismo e Descentralização na Constituição de 1988: Processo Decisório, Conflitos e Alianças. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 44, nº 3, 2001, pp. 513 a 560

SPOSATI, Aldaíza: Os 20 anos de LOAS: a ruptura com o modelo assistencialista. In COLIN, Denise Ratmann Arruda et al. (orgs). *20 Anos da Lei Orgânica da Assistência Social*. Brasília: MDS, 2013.

ANEXOS

ANEXO 1 - CARTA DE APRESENTAÇÃO



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS - IH DEPARTAMENTO DE
SERVIÇO SOCIAL – SER

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Brasília, **13 de** maio de 2014.

Ilma. Sra. **Daiana Silva de Brito**

Coordenadora do Centro de Referência da Assistência Social –CRAS, Taguatinga Norte

Vimos, por meio desta, apresentar a aluna **Cristiane Ribeiro Netto** que cursa, durante o período de 10 de março a 09 de julho de 2014, a disciplina **Trabalho de Conclusão de Curso** de graduação em **Serviço Social, na Universidade de Brasília (UnB)** e que está sob minha orientação acadêmica, Prof^a Dr^a **Maria Lucia Lopes da Silva** (Currículo lattes sob o identificador: 6985760672107950).

A mencionada disciplina integra o currículo do curso supracitado oferecido pela Universidade de Brasília, por meio de seu Departamento de Serviço Social – IH/SER É obrigatória para a conclusão do curso a elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, como monografia, e que para que isso ocorra a aluna está elaborando a seguinte pesquisa: **As ações de articulação da seguridade social em Taguatinga Norte a partir das iniciativas do CRAS.** Para cumprir esta etapa do curso e os objetivos do trabalho,

esperamos contar com o apoio de V.S^ª., recebendo e apoiando o aluno no desenvolvimento da atividade acadêmica cuja participação lhe foi requerida. Na expectativa de poder contar com a colaboração de V. S^ª. nesta importante atividade de formação acadêmica de novos bacharéis em serviço social , agradecemos antecipadamente a atenção e a colaboração.

Atenciosamente,



Prof^ª Dr^ª Maria Lucia Lopes da Silva

Mat.FUB. 1059548

Orientadora

ANEXO 2 - REQUERIMENTO

Requerimento

À Diretora: Natália Eliza de Freitas

Eu, Cristiane Ribeiro Netto, do curso de Serviço Social da Universidade de Brasília, matrícula 100027229, encontro-me no 9º período realizando a disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, que terá como produto final uma monografia com o título de as “ações de articulação da seguridadesocial em Taguatinga Norte a partir das iniciativas do CRAS”, a qual para ser concluída necessita conter as informações do CRAS Taguatinga Norte:

- Quantidade de profissionais por categoria;
- Serviços que são realizados na unidade;
- Capacidade de atendimento;
- Média de atendimento mensal;
- Área de abrangência;
- Financiamento sobre a unidade;
- Descrição do espaço físico do CRAS: se é alugado ou próprio;

- Quantidade de reuniões que foram realizadas com a finalidade de realizar articulação entre as políticas de seguridade social?
- Quantidade de encaminhamentos para alguma dessas políticas?
- Tem algum retorno documentado sobre os encaminhamentos?
- Alguma reunião documentada com alguma política de seguridade?
- Data do contato com a política de seguridade com a qual se pretendeu desenvolver ação de modo conjugado? (qualquer registro de tentativa de contato)
- Qual a finalidade do contato: participação em reunião de rede, um dia de atuação conjunta? Ou alguma outra ação?
- Quais os objetivos pretendidos?
- A instituição respondeu ao contato?
- Que ação foi realizada?
- Quais foram os resultados alcançados? Atenderam aos objetivos iniciais? Superaram?

Nestes termos peço deferimento

Cristiane Ribeiro Netto

Brasília 04 de Junho de 2014

